別記第２号様式（第２条関係）

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会退会届出書

　　年　　月　　日

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会会長　様

法人(団体)名

代表者　　　　　　　　　　　　印

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会を退会したいので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設住所 | 　〒 |
| 施設の代表者名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |