

退会届

提出年月日 令和 年 月 日

管理者氏名 _____ 印

事業所名	
介護保険 事業者番号	
連絡先	
退会理由 (該当するもの 全てにチェック をして下さい)	<input type="checkbox"/> 入会目的が達成できない 目的 () <input type="checkbox"/> 会費が高い <input type="checkbox"/> 事業所の統合 <input type="checkbox"/> 事業所の閉鎖・休止 理由 () 予定年月日 平成 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 閉鎖・ <input type="checkbox"/> 休止) <input type="checkbox"/> 協議会活動への参加が難しい 理由 () <input type="checkbox"/> ブロック活動への参加が難しい 理由 () <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	