福岡市介護保険事業者協議会
退 会 届

令和　　年　　月　　日

福岡市介護保険事業者協議会

会 長　袈 裟 丸　政 憲　行

(事務局 ふくおか福祉サービス協会)

私、都合により令和　年　月　日付にて福岡市介護保険事業者協議会を退会します。

法 人 名	
所 在 地	〒 電　話：　　FAX：
代 表 者	（ふりがな） ㊞ 氏　　名：
	役 職 名：
退会の理由	