

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 渡 邊 恭 順 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 : 印
	役 職 名 :
退会の理由	