

年 月 日

申出先) 東村山市 地域包括支援センター

住 所
事業者 (所在地)
氏 名
(名称及び代表者氏名)

㊟

東村山市予防支援業務等受託廃止申出書

指定介護予防支援及び第1号介護予防支援業務の一部の受託を取り止めることといたしましたので申出ます。

受託廃止日

年 月 日

廃止の理由