

「介護リンクさかい」退会届

申込日:平成 年 月 日

平成 年 月 日をもって、介護リンクさかいを退会致します。

【法人・事業者会員様】

法人・事業者名

(ふりがな)

代表者名・管理者名

印

所在地・連絡先

〒

退会理由

FAX送信先 072-221-5985 (介護リンクさかい事務局)