

岡山県通所リハビリテーション協議会

退会届出書

岡山県通所リハビリテーション協議会会長 殿

この度、岡山県通所リハビリテーション協議会を退会したいと思いますので届け出致します。

年 月 日

施設名 事業所名			
法人名			
サービス内容	通所リハビリテーション ・ 重度認知症患者デイ・ケア ・ 通所介護		
住 所	郵便番号 _____ 住 所 _____ TEL番号 () _____ FAX番号 () _____		
現会員氏名	正会員	氏名	役職 印
	準会員	氏名	職種
現連絡担当者名	氏名	役職	
退会理由			

※事務局記入欄

届出受理日		届出確認者	
備考			