

様式第4号(第12条関係) 砺波市認知症高齢者等SOS緊急ダイヤルシステム事業登録中止届

年 月 日

砺波市長あて

団体名

所在地

代表者名

砺波市認知症高齢者等SOS緊急ダイヤルシステム事業の協力事業者としての登録を中止  
したいので、次のとおり届け出ます。

協力事業者		
住所		
メールアドレス		
電話番号		FAX
担当者名		
所属		
中止の理由		
中止の日		