

退 会 申 込 書

墨田区訪問介護事業者連絡会 御中

法人名	
代表者名	
事業所名	
住所	〒
電話番号	
F A X	
メール	
担当者	

※記入の上 F A X にて、送付をお願い致します。

<申込先>

墨田区訪問介護事業者連絡会 実行委員会 庶務担当 前田

ラックすみだ T E L 03-5655-7500 F A X 03-5655-7520