年　　月　　日

　　　京丹後市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク協力機関登録変更（辞退）届出書

　京丹後市長　様

協力機関名

所在地

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　下記のとおり、京丹後市認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク協力機関の登録変更（辞退）を届け出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 機関・事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 通常業務日・時間 |  |
| 時間外対応 | 可・不可〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

１　変更の内容

　　□登録機関・事業所名　□所在地　□担当者氏名　□電話番号　□ＦＡＸ番号

　　□メールアドレス　□通常業務日・時間　□時間外対応

変更内容

２　□この事業から辞退する