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