様式３

認知症サポート事業所登録辞退届

令和　　年　　月　　日

山梨県福祉保健部健康長寿推進課長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （申込者）住　　　所 | 〒 |  |
|  |
| 事業所名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |  |

次により、登録を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　事業所名 |  |
| ２　登録年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  | ※登録年月日は、登録証に記載されている年月日です。 |
| ３　辞退理由 |  |
| ４　登録証・ステッカーを返却できない理由 |
| □　紛　失　（　登録証　・　ステッカー　） |
| □　棄　損　（　登録証　・　ステッカー　） |
| □　その他　理由を具体的に記入ください。 |
|  |

※ステッカーは剥がすなどした場合、棄損することがあり、その場合には返却不要です。

※返却しない場合には、必ず再度利用できないことを確認してください。