

受付印

佐世保市認知症カフェ廃止届	
	年 月 日
佐世保市長 様	
団体名・事業者名	
所在地	
代表者氏名	印
連絡先	
下記の理由のとおり、佐世保市認知症カフェ登録の廃止届を提出します。	

記

認知症カフェの名称		
廃止日	年 月 日	
廃止の理由（該当項目に○をつけてください。）		登録要件に該当しなくなったため
		認知症カフェを廃止したため
		その他 []