

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

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。）	<input type="checkbox"/>	登録要件に該当しなくなったため
	<input type="checkbox"/>	認知症カフェを廃止したため
	<input type="checkbox"/>	その他 []