別記第３号様式（第３条関係）

砂川市地域包括ケアネットワークシステム利用休止届出書

　　年　　月　　日

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会会長　様

法人(団体)名

代表者　　　　　　　　　　　　印

砂川市地域包括ケアネットワークシステムの利用を休止したいので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用休止期間 | 年　　　　月　　　　日から年　　　　月　　　　日 |
| 施設名 |  |
| 施設住所 |  |
| 施設の代表者名 |  |
| 休止理由（任意） |  |