

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

社会福祉法人神流町社会福祉協議会 会長 殿

届出者 電話番号

住 所

氏 名

認知症予防教室事業利用辞退届出書

認知症予防教室を次の理由により必要としなくなったので届け出します。

記

利用者	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
辞退理由	(1) 入院のため (2) 町外へ転出するため (3) その他	