様式第５号（第１０条関係）

資格喪失

辞　　退

配食サービス事業　　　届

　　　　年　　　　月　　　　日

蓮　 田　 市　 長　 様

住所

氏名

届出者

続柄

電話番号

資格喪失した

辞退したい

蓮田市配食サービス事業の利用について、下記のとおり　　　　　　　　ので届け出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |
| 資格喪失 | 喪失理由 | □ 市外転出□ 施設入所（施設名：　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　）□ 長期入院（入院先：　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）□ 利用者の死亡□ その他具体的に記入 |
| 資格喪失日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 辞　　　　退 | 辞退理由 |  |
| 利用終了日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |