

届 出 書
(新規 ・ 更新 ・ 停止)

恵庭市役所保健福祉部長 様
年 月 日
機関名
住 所
代表者名

私は、恵庭市介護保険後期高齢者健康増進対策事業への従事について、下記のとおり届出いたします。
また、恵庭市介護保険後期高齢者健康増進対策事業実施要綱および恵庭市介護保険後期高齢者健康増進対策事業に関する指定施設設置要領に基づき事業を実施（停止）することについて、同意をいたします。
なお、下記事業の状況に変更があった際には、速やかに報告いたします。

事業先	施設名	
	代表者名	
	所在地	
	電話番号	
	備 考	

所属部局の長の意見

担当部長職が事業実施可能と判断する。

令和 年 月 日

所属部局の長

上記のとおり届け出がありました。

介護福祉課決裁欄				
部長	次長	課長	主査	スタッフ