第３号様式（第１０条関係）

　　　　年度韮崎市地域まるごと介護予防推進事業実施計画変更・中止届出書

　　　　　年　　　月　　　日

(宛先)韮崎市長

既に認定を受けた実施計画について、次のとおり（　変更　・　中止　）したいので、
韮崎市地域まるごと介護予防推進事業実施要綱第１０条の規定により届け出します。

■事業実施団体

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地区名** | 町 | 地区 |
| **地区長** | **氏名** |  | **電話番号** |  |
| 自署しない場合は記名押印してください | 日中連絡のつく番号をお願いします |
| **住所** | 〒韮崎市 |

地区長以外に実施総括責任者を委任している場合は、以下もご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **実施総括責任者** | **氏名** |  | **電話番号** |  |
| 自署しない場合は記名押印してください | 日中連絡のつく番号をお願いします |
| **住所** | 〒韮崎市 |

１　変更　・　中止

（理由）

２　変更内容

（変更前）

（変更後）