

家族介護用品取扱中止申出書

令和〇年 4 月 1 日

東三河広域連合長 様

所在地 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇

(申請者)事業者名 株式会社 広域薬品

代表者の職 代表取締役 広域 次郎
及び氏名

令和〇年 〇月 〇日付け ●東三介第●●号で登録されました下記の家族介護用品
取扱登録事業所について、東三河広域連合家族介護用品給付事業実施要綱第 11 条の規定に基
づき、家族介護用品取扱の中止を申し出ます。

取扱事業所	フリガナ	コウイキヤッキョク
	事業所名	広域薬局
	所在地	〒●●●-▲▲▲▲ 〇〇市〇〇町〇丁目〇の〇
	電話番号	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇
	取扱中止日	令和〇年 5 月 1 日 (金)

記載の日以降は、取扱中止となります。

中止の理由	令和〇年 4 月 30 日をもって閉店するため。
-------	--------------------------

※取扱を再開される場合は、改めて「家族介護用品取扱事業所（新規・変更）登録申請書」（様式第 3 号）をご提出ください。