

三 郷 市 長 あて

協力事業者名

代表者名

SOSネットワーク協力事業者協定解除連絡票（登録解除票）

高齢者等SOSネットワーク事業実施要領に基づき、下記のとおり、協力事業者登録を解除したいので連絡いたします。

記

1 協定解除年月日

年 月 日から

2 解除の理由

SOSネットワークの協力ができなくなったため

3 その他

資料等の返送

SOSネットワークを通じて提供された資料については、別添により返還（またはシュレッダーにて処分）をお願いいたします。

また、個人情報の保護については、協定解除後においてもその効力がありますので、御理解いただきますようお願いいたします。