

(様式5)

福山市高齢者生活支援ネットワーク事業 協力事業者登録継続届

年 月 日

福 山 市 長 様

申請者 住 所 :

事業者名 :

代表者名 :

担当者 :

電話番号 :

メールアドレス :

福山市高齢者生活支援ネットワーク事業について、届出内容を継続する旨を届け出ます。