

ミマモルメ廃止届

年 月 日

五所川原市長 様

届出者 住所
氏名
電話番号

ミマモルメの利用を次により廃止したいので届け出します。

【ミマモルメを使用していた高齢者】

フリガナ	
氏名	
住所	
廃止予定年月日	年 月 日
廃止理由	(1) 死亡による (2) 施設入所による (3) 市外への転出による (4) その他 ()