様式５

|  |
| --- |
| 札幌市認知症カフェ認証取消届令和　　年　　月　　日高齢保健福祉部長　様　　　　運営主体　　　　住所代表者名札幌市認知症カフェ認証No. |

下記の理由のとおり、札幌市認知症カフェの認証の取消しを届出いたします。

記

認証の取消しを希望する理由（該当箇所に○をつけてください）

１　認証要件に適合しないため（または適合しなくなる予定のため）

具体的内容

２　認知症カフェの開催を中止したため（または中止する予定のため）

３　その他

具体的内容

：

TEL：