介護給付費単位数表標準マスタ利用ライセンス解除連絡書

（社）国民健康保険中央会　御中

　介護給付費単位数表標準マスタライセンス使用許諾契約の解除を連絡致します。

解除日　　　　年　　月　　日

住所

団体（会社）名

代表者氏名 　　　　　 　　　　 印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者番号 | No. |  |  |  |  |  |
| 担当部署 |  | | | | | | | |
| 役職 |  | | | | | | | |
| 担当者氏名 | 姓 | | | | | | | 名 |
| 電話番号 |  | | | | | | | |
| ＦＡＸ番号 |  | | | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | |
| 契約解除事由 |  | | | | | | | |

送付先：国民健康保険中央会　介護マスタ担当

　　　　〒１００－００１４

　　　　東京都千代田区永田町１－１１－３５　全国町村会館内

（Ｈ１６．４）