

(様式5号)

## 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. <input type="text"/>                      |
| 担当部署    | <input type="text"/>                          |
| 役職      | <input type="text"/>                          |
| 担当者氏名   | 姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> |
| 電話番号    | <input type="text"/>                          |
| FAX番号   | <input type="text"/>                          |
| メールアドレス | <input type="text"/>                          |
| 契約解除事由  | <input type="text"/>                          |

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