**「ひょうご認知症サポート店（事業所等）」の取組み企業等辞退届**

様式第２号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　月　日

兵庫県保健医療部健康増進課認知症共生班　行

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |

　下記の事由により取組み企業等として辞退を届け出ます。

**１　辞退の理由**

|  |
| --- |
|  |

**２　辞退の時期**

　　　　　　　　年　　月　　日