様式５（第１１条第１項関係）

函館市認知症カフェ認証取消届

年　　月　　日

函館市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　運営団体

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　函館市認知症カフェ認証No.

下記の理由のとおり，函館市認知症カフェの認証の取消しを届け出ます。

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　要綱第５条各号の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