

(宛 先) 寒 川 町 長

寒川町介護予防講師派遣事業中止届

団体・グループ名	
代表者氏名	(役職名)
住 所	(TEL)

次のとおり、寒川町介護予防講師派遣事業の中止を届け出ます。

開催予定日	
会 場	寒川町
中止理由	