**指定介護予防支援契約解除申出書**

令和　　　年　　　月　　　日

由布市地域包括支援センター

管理者　小野　純子　様

私は、指定介護予防支援の契約を解除します。

住　所　由布市

氏　名

契約予定の指定介護予防支援事業所