

福祉医療に関する資格喪失届

助成対象者	氏名		生年月日	年 月 日生
	居住地	出雲市	町	番地
	医療証(資格証)受給者番号			

資格喪失事由	
--------	--

資格喪失事由 発生年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記のとおり資格を失いましたので届け出ます。  
このことにより医療証(資格証)は、返還します。

年 月 日

住所 出雲市 町 番地  
届出人 氏名  
(助成対象者との続柄)

出雲市長 様