

(届出様式4)

## 解 除 届

私は、集合契約Bの特定保健指導委託契約を解除いたしますので、次のとおり届出いたします。

令和 年 月 日

(受託者) 公益財団法人 神奈川県予防医学協会  
代表理事 根本 克幸 殿

(委任者)

①健診・保健指導機関番号(10桁)										
②実施機関名										
③郵便番号	〒									
④所在地										
⑤電話番号										
⑥契約代表者(役職・氏名)	印									
⑦記入担当者(部署・氏名)										
⑧記入担当者の電話番号										
⑨記入担当者のEメールアドレス										
⑩辞退理由(簡潔に記載)										

※①～④は、支払基金へ届け出る(あるいは届け出ている)内容と差異がないこと。

※⑥は必ず捺印すること。(代表者は、法人理事長、院長などの指定はないが、管理者であること。)

※⑦～⑨は、ご連絡先として記入にご協力をお願いいたします。

※この届出に係る個人情報、この契約手続きの場合に限り利用いたします。