様式第７号の２（第４条関係）

丸亀市助産実施解除（変更）決定通知書

|  |  |
| --- | --- |
| 第　　　　　号  年　　月　　日  様  丸亀市福祉事務所長　　　　　　　　印  次の世帯に対して、　　　　年　　月　　日付けで承諾した助産の実施を、次のとおり解除（変更）しましたので通知します。  記 | |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | ・　　　　・ |
| 住所 |  |
| 解除（変更）年月日 | 年　　月　　日 |
| 入所予定（変更）期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 解除（変更）の理由及び内容 | |