令和　　　年　　月　　日

（利用者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　様

社会福祉法人 ○○○社会福祉協議会

会 長 　 　 　 　 印

社会福祉法人 岡山県社会福祉協議会

会 長 　 　 　 印

**契約終了のお知らせ**

　令和　年　月　日付けで契約を締結いたしました福祉サービス利用援助契約を、次の理由で終了いたしましたので、お知らせいたします。

記

1. 終了の日　　　：　令和　年　月　日
2. サービス内容　：
3. 終了の理由　　：

以上

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【お問い合わせ先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人〇〇社会福祉協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号