別記様式第１４号

第　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　熊本県健康福祉部長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村長

　　　要配慮者等を対象とした宿泊施設提供事業終了について（通知）

　　　年　　月　　日付け第　　号で事業の実施を報告したこのことについて、下記のとおり事業の終了日を決定しましたのでお知らせします。

記

１　事業終了日

　　　　　年　　月　　日

２　事業終了の理由

　（記載例）

　　　　年　　月　　日に管内の指定避難所が全て閉鎖したため。

【問い合わせ先】

○○市町村○○○○課

担当　○○

TEL：0000-00-0000

FAX：0000-00-0000

メール：