



Hoitopaikka: \_\_\_\_\_

Irtisanomme lapsemme \_\_\_\_\_ hoitopaikan  
lapsen nimi

Viimeinen hoidossa olopäivä \_\_\_\_/\_\_\_\_201\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_201\_\_  
päiväys

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Postiosoite**

Siilinjärven kunta  
PL 5  
71801 Siilinjärvi

**Käyntiosoite**

Kasurilantie 1  
[www.siilinjarvi.fi](http://www.siilinjarvi.fi)

**Puhelin**

017 401 111  
**Faksi**  
017 401 132

**Sähköposti**

etunimi.sukunimi@siilinjarvi.fi  
kirjaamo@siilinjarvi.fi  
**Y-tunnus** 0172718-0