

視覚障害者等支援事業 辞退届

年 月 日

社会福祉法人

北名古屋市社会福祉協議会長 様

届出者 住 所

氏 名

電 話

代筆者氏名

続柄

次のとおり辞退したいので、届出します。

| | | |
|-------------|------|--|
| 利 用 者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 電話番号 | |
| 辞 退 年 月 日 | | |
| 備 考 | | |