

様式第4 (第9条関係)

視覚障害者等支援事業 辞退届

令和 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

電話番号

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	令和 年 月 日	
備 考		