

申 込 取 下 届

年 月 日

始良市福祉事務所長 殿

支給認定保護者

住所

氏名

年 月 日付けで申込みしました入所申込書を取下げたいので届け出ます。

児 童 氏 名			
生 年 月 日			
取 下 げ 理 由			
備 考			