

## 横浜市金沢区福祉保健活動拠点 利用辞退届

※区社協記入欄

区社協登録	No.	号
分類	<input type="checkbox"/> ボラ	<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> その他
泥亀CP登録	NO.	号

年 月 日

社会福祉法人 横浜市金沢区社会福祉協議会 会長

横浜市金沢区福祉保健活動拠点の利用を辞退いたします。

団体名	
-----	--

	氏名(ふりがな)	ご住所(区からで結構です)	電話番号等	
代表者 連絡先			電話	FAX
			携帯	

※上記の個人情報は、福祉保健活動拠点の使用に際し業務連絡等に使用するもので、ご本人の承諾がない限り、利用目的以外に、個人情報を使用したり、第三者に提供したりすることはございません。

	氏名(ふりがな)	ご住所(区からで結構です)	電話番号等	
届出者			電話	FAX
			携帯	

※代表者と同じ場合は、「同上」とご記入ください。

ロッカー利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	No.
メールボックス利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	No.

※ロッカー・メールボックスの利用のみ辞退する場合もご記入ください。

※区社協記入欄

事務局長	事務局次長	職員	受付者

受付日	月	日
承認日	月	日