

添田町「食」の自立支援サービス事業利用辞退届

年 月 日

添 田 町 長 殿

住 所

氏 名

印

(本人との続柄 )

電話番号

添田町「食」の自立支援サービス事業の利用を受けていますが、今回下記の理由により辞退したいので、お届け致します。

記

1. 利用者氏名

\_\_\_\_\_

2. 辞退年月日

年 月 日

3. 理 由

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_