

--	--	--	--	--	--	--

横浜市福祉バス利用団体登録内容変更届

受付日 . . / 受理日 . .

変更点（該当するものに○を付けて下さい）

- | | |
|----------|------------------|
| ①施設・団体名 | ②施設・団体所在地 |
| ③代表者住所氏名 | ④連絡先住所・氏名（書類送付先） |

施設・団体名	
施設・団体所在地	〒 電話
代表者住所氏名	〒 電話
連絡先住所氏名 (書類送付先)	〒 電話
理由	

※（ / ）
 _____様より（窓口・電話）での
 申し出により送付。（Tel — ）

部 長	課 長	課 員	受 付 者
			/

※ご記入頂いた個人情報は、福祉バスの運営以外の目的には使用しません。

様式第 4 号

--	--

--	--

--	--	--

横浜市福祉バス利用団体登録抹消届

受付日 . . . / 受理日 . . .

施設・団体名	
施設・団体所在地	〒 電話
代表者住所氏名	〒 電話
連絡先住所氏名 (書類送付先)	〒 電話
理由	

※ (/)
様より (窓口・電話) での
申し出により送付。(Tel —)

部長	課長	課員	受付者
			/

※ご記入頂いた個人情報は、福祉バスの運営以外の目的には使用しません。