

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

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	〒		
	TEL FAX		
代表者住所 氏 名	〒		
	氏名	TEL FAX	
連絡先住所 氏 名 (書類送付先)	〒		
	氏名	TEL FAX	
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。