

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

## 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 住所	住所 〒   電話
代 表 者 住所・氏名	住所 〒 氏名  電話
連絡担当者 住所・氏名 (書類送付先)	住所 〒 氏名  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。