

福祉保健研修交流センター ウィリング横浜 利用登録廃止依頼書

申込日 年 月 日

利用登録廃止

登録 ID 番号	
団体名・会社名	
ふりがな	
依頼者氏名	
依頼者 TEL	
廃止理由	

- ・ご記入いただく情報は、ウィリング横浜の施設管理の目的で使用し、他の目的で使用することはありません。
- ・取得した個人情報は「横浜市社会福祉協議会個人情報保護に関する方針」にもとづき適切に処理致します。

受付者	確認者
-----	-----