

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

利用者 ID	団体名	
ふりがな	TEL	
依頼者氏名	—	—

利用登録廃止

廃止理由	
------	--

※取得した個人情報は、「社会福祉法人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	入力者	確認者
／	／	／