様式Ｄ

令和　　年　　月　　日

辞　退　届

(申請先)

横浜市保土ケ谷区長

(申請者)

　所 　在 　地

　団　 体 　名

　代表者職氏名

横浜市保土ケ谷区福祉保健活動拠点の指定管理者の申請を辞退します。

　≪理由≫

【担当者連絡先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　名 | （　　　　　　　　　　　） | | |
| 部署・職名 |  | | |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| Email |  | | |

※　確認のため、申請書類に記載いただいた連絡先に電話等で連絡させていただくことがあります。