

様式第8号(第10条関係)

堺市障害者相談支援機能強化事業専門家登録取消申請書

年 月 日

堺 市 長 殿

申請者 _____

(申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

堺市障害者相談支援機能強化事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり専門家の登録の取消しを申請します。

取消年月日 (予定)			
当初登録年月日		登録番号	

職 種			
氏 名	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日 (歳)		
事務所等住所	〒		
電話番号	— —	ファックス番号	— —
取消理由			