

年 月 日

戸田市福祉保健センター所長 宛

協力申出の撤回書

戸田市福祉保健センターにおける保健事業への協力について、承諾しましたことを撤回いたします。

署名

企業・団体名

代表者職氏名

連絡先
所属
担当者名
電話
FAX
E-mail