|  |  |
| --- | --- |
| **様式６　　　　　　　　災害ボランティア登録辞退届**  届出年月日　　　　　年　　月　　日  　　天理市社会福祉協議会  会　長　並　河　　健　　様  天理市災害ボランティアの登録を辞退しますので届け出します。 | |
| 氏名または団　体　名 |  |
| 登録番号 |  |
| 辞退の理由 | ※差し支えなければ辞退の理由を書いてください。 |
| 【備　考】 | |