

[様式第6号]

異 議 申 出 書

平成 年 月 日

社会福祉法人福岡市社会福祉協議会 会長 様

(請求者)

住 所

氏 名

電話番号・FAX番号

平成 年 月 日付福市社協第 号で通知のあった決定について、次のとおり異議の申し出をします。

1. 異議の申出に係る文書又は内容	
2. 異議の申出に係る決定の内容	
3. 異議の申出に係る決定 通知書を受理した日	
4. 異議申出の理由	