

療 育 手 帳 返 還 届 書

鳥取県中部総合事務所長 様

療育手帳を、下記により返還します。

年 月 日

本人又は保護者
氏 名

印

記

療育手帳番号	第	号	交付年月日	年	月	日
本人氏名 <small>ふりがな</small>						
返 還 理 由						
<p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 記名押印に代えて署名することができます。 2 本人氏名にはかかわらずふりがなを付してください。 						