様式第５号（第３条関係）

丸亀市助産施設入所不承諾通知書

|  |
| --- |
| 第　　　　　号年　　月　　日様丸亀市福祉事務所長　　　　　　　　印　　　　年　　月　　日付けであなたより申込みのあった助産施設への入所については、次の理由により入所できませんので通知します。記 |
| 氏名 | 生年月日 | 住　　　　　　　　　　所 |
|  | ・　　・ |  |
| 理由なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に書面で丸亀市長に対して審査請求をすることができます。また、この処分の取消しの訴えは、この通知書を受けた日（審査請求をした場合には、これに対する裁決の送達を受けた日）の翌日から起算して6か月以内に、丸亀市を被告として提起することができます。 |