



STATE OF WASHINGTON  
 DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
 OLYMPIA, WASHINGTON 98504-0095

**行政听证会撤销请求书**  
**Administrative Hearing Withdrawal**

日期: \_\_\_\_\_

个案当事人身份识别号码: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

备审案件表编号: \_\_\_\_\_

邮寄地址:

\_\_\_\_\_

街道名称与门牌号码

\_\_\_\_\_

城市

\_\_\_\_\_

邮政编码

本人特此请求撤销为我安排的行政听证会；该次行政听证会的时间是\_\_\_\_\_，日期是\_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_

时间

月份与日期

年

地点在\_\_\_\_\_；原因如下：

社区服务处(CSO)

您若有任何疑问，请打电话向您的行政听证协调员询问，电话号码是\_\_\_\_\_

请尽快签署并寄还此听证会撤销请求书；请使用邮资已付的回邮信封（已随函附寄）。

---

个案当事人签名

---

电话号码