



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