



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

행정심의회 취하서
 Administrative Hearing Withdrawal

날짜: _____ 수혜자/의뢰인 ID 번호: _____

이름: _____ 등록 번호: _____

우편 주소: _____
 도로 시 우편번호

본인은 다음과 같이 예정되었던 제 행정심의회를 취하해 줄 것을 요청합니다. 이유는 다음과 같습니다.

시간: _____ 날짜 _____, _____

시간

월/일

년

장소: _____
 보사부 사무처(CSO)

질문이 있으시면 귀하의 행정심의회 담당자인 _____에게

_____ (으)로 전화하십시오.

이 요청서에 서명하셔서 동봉해 드린 봉투(우표를 붙일 필요가 없음)에 넣어 가능한 한 빨리 보내십시오.

수혜자/의뢰인 서명

전화번호