

年 月 日

氏名 _____

私は、大阪府が実施する心理カウンセリングの支援を受けていますが、

- ☐ 下記１のとおり、変更がありました
- ☐ 下記２の理由により、支援を辞退したい

ので、届け出ます。

	旧	新
住 所		
氏 名		
電話番号		
メール アドレス		

☐ 大阪府外に転居する

☐ 仕事などで、心理カウンセリングを受ける時間がない

☐ 心理カウンセリングの支援が自分には合わない

☐ その他の理由（ ）

（ ご意見等があれば、自由に記載してください ）