様式第４号

「適しおサポーター」登録取消届

　　　年　　　月　　　日

福島市保健所長

申請者　登録番号

住　　所

サポーター団体名

　「適しおサポーター」の登録を取り消したいので届けます。

　なお、登録取り消し日以降、登録証等の掲示は行いません。

記

|  |  |
| --- | --- |
| サポーター団体等の名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| 取り消す理由 |  |

※福島市記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 健康推進課長 | 課長補佐 | 健康増進係長 | 主　任 | 係　員 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 取消日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 特記事項 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |