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 |  |