

「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	