

「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	

