

食の安心協力事業者登録辞退届

年 月 日

生活衛生課長 様

申出者 住所

氏名

(団体及び法人にあつては、所在地、名称及び事業所の代表者氏名)

電話番号 () ー

FAX 番号 () ー

食の安心コミュニティ活動実施要領第7の2の(3)に基づき、登録を辞退します。

記

登録施設の名称	
登録施設の所在地	
派遣可能講師	