ならしの健康マイレージ事業協力店取消申出書

年　　　月　　　日

習志野市長　 宛て

（申出者） 氏名：

住所：

電話：

　ならしの健康マイレージ事業協力店としての登録を取り消したいため、同事業実施要領第４条第４項の規定に基づき、次のとおり申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 取消希望日 | 　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 役職・担当者名 |  |

【申し出にあたって】

* 後日、市が送付する決定通知に記載された日をもって取り消しとなります。申し出後、直ちに、又は希望した日に取り消しとなるわけではありません。
* 届出内容を変更する場合は、本書ではなく、変更届出書（別記第２号様式）により届け出てください。