

(様式 4)

※この欄は記入しないでください。
登録番号 ()

札幌市食育サポート企業等取消し届

札幌市保健所長 様

私は、札幌市食育サポート企業等への登録の取消しを希望します。

年 月 日

〒 -

住所 市

企業名 (代表者)
