

様式4

さっぽろ子どもの歯と口腔の健康づくり優良認定施設
辞退届

年 月 日

(あて先)札幌市長

申請者 住所
名称
施設長氏名

さっぽろ子どもの歯と口腔の健康づくり優良認定施設制度要綱第11条の規定により、認定を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

施設の名称	
施設の所在地	〒 札幌市
認定番号	第 号
担当者氏名	
連絡先	電話
	E-mail
理由	
備考	