

健康づくり連携事業事業者登録取消申出書

（宛先）昭島市長

名 称 _____

所在地 _____

業 種 _____

代表者 _____ 印

年 月 日付けで承認を受けた連携事業者に関する登録の取消しを申し出
ます。

取消の理由