（様式３）

下北のおいしい健康応援店　認定取消届

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　年　　月　　日 |
|  |  |
|  |  |
| 青森県下北保健所長　殿 |  |
| 申請者 | 施設名　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　 |

下北のおいしい健康応援店実施要領第９の規定により、下記のとおり届出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 取 取 日 | 年　　月　　日 |
|  | 認定番号 |  |
|  | 応援店名 |  |
|  | 所 在 地 | 〒 －  |

※返還する認定証　　別添のとおり