

年 月 日

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