

様式第4号（第9条関係）

堺市健康づくりパートナー登録廃止届

年 月 日

堺市長 殿

申込者 住所（所在地）

フリガナ  
氏名（名称）

フリガナ  
（代表者氏名）

電話番号

（申込者が自署しない場合又は法人である場合は、記名押印をしてください。）

堺市健康づくりパートナーの登録の廃止について、堺市健康づくりパートナー登録事業実施要綱第9第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

	登録廃止年月日	
	登録の廃止の理由	
連絡先	担当者	
	電話番号・ファックス番号	
	電子メールアドレス	