（様式１－３）

愛知県食育推進協力店登録辞退届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

愛知県　　保健所長様

（愛知県保健医療局健康医務部健康対策課長）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先(電話番号) |  |

　下記のとおり登録を辞退します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名※上記と異なる場合に記入 |  |
| 辞退の理由 |  |
| 辞退日 | 　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | 解除年月日 | 年　　月　　日 |

※保健所等記載欄