様式第2号

長崎健康革命サポーター内容抹消・変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　 年 月 　日

長崎県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・団体名等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者氏名 |  | 連絡先 | TEL　　　　（　　　）  E-MAIL @ |
| 項　目 | 内　　容 | | |
| 協力活動  名　称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 活動分野  〇で囲んでください  複数可 | 健診　・　運動　・　食事　・　その他（　　　　　　　） | | |
| 抹　　消  ・  変更内容 | いずれかに〇をしてください。  　１　登録を抹消してください。  　２　登録内容を変更します。 | | |
| （抹消・変更理由） | | |

※ 必要に応じて資料を添付すること