

第5号様式

南部地区栄養情報提供店取り消し届

南部保健所長 殿

令和 年 月 日

申請者
店 名
住 所
代表者名

次のとおり、栄養情報表示を取り消しましたので、届けます。

取消の年月日	令和 年 月 日
取消の理由	

注) 代表者名については、記名押印又は自筆の署名のいずれかとする事。