年　　月　　日

（宛先）五島市長

申請者　所　在　地

名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　印

移動支援サービス事業廃止届

移動支援サービスに係る事業を廃止しますので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 代表者の職名及び氏名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 廃止する年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 廃止する理由 |  |