年　　月　　日

　　（宛先）五島市長

紙おむつ給付事業登録業者辞退届

住　　　所

取扱業者名

代表者名　　　　　　　　　印

紙おむつ給付事業の取扱業者を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 取扱業者名 |  |
| 代表者名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 中止予定年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |