

第4号様式（第5条第2項関係）

八王子市保健所長 殿

郵便番号

団体の所在地

届出者 団体の名称

代表者の氏名

印

電話番号

登録抹消届出書

団体	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
代表者	氏名	
	住所	〒
	電話番号	
登録抹消年月日	年 月 日	
抹消する理由		
備考		

注 登録通知書を添付すること。