

第5号様式

## 南部地区栄養情報提供店取り消し届

平成 年 月 日

南部保健所長 殿

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	平成 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。