様式第2号

長崎健康革命サポーター内容抹消・変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　 年 月 　日

長崎県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・団体名等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者氏名 | 　 | 連絡先 | TEL　　　　（　　　）E-MAIL @ |
| 項　目 | 内　　容 |
| 協力活動名　称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 活動分野〇で囲んでください複数可 | 健診　・　運動　・　食事　・　その他（　　　　　　　） |
| 抹　　消・変更内容 | いずれかに〇をしてください。　１　登録を抹消してください。　２　登録内容を変更します。 |
| （抹消・変更理由） |

※ 必要に応じて資料を添付すること