FAX 送信先：０４２－３４１－６２２０
（小平市社会福祉協議会）

（様式第 3 号）

小平市社会福祉協議会 会員制度協賛店登録解除届

年　　月　　日

社会福祉法人 小平市社会福祉協議会　宛

〒

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

店舗等名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

社会福祉法人 小平市社会福祉協議会 会員制度協賛店事業への登録を解除したいので、下記のとおり届け出いたします。

記

１．登録解除年月日

年　　月　　日

２．解除の理由

３．連絡先（登録解除について確認できる方）

事務担当者	
	☎　　－　　－　　FAX：　　－　　－
	E-mail：

協賛店の登録解除にあたり、協賛店の証（ステッカー）を店舗から取り外してください。

受付印