**抹　消　届**

　　年　　月　　日

（あて先）千 葉 市 長

　　　　　　　　　　　　　住所

名称

　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の理由により、千葉市おむつ給付等事業にかかる業者名簿の登録抹消を申請します。

また、名簿の抹消に際し、現在当社がおむつの配達をしている利用者様への連絡、業者変更の手続きの案内等については、当社が責任をもって行うことを誓約します。

記

理由：

担当者：

連絡先電話番号：