旭川市「みんなのキャリアの保健室」登録取消し申請書

申請日　　年　　月　　日

旭川市長

申請者　所 　在　 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　称

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

年　　月　　日付け旭女活第　　　号で登録の承認を受けた旭川市「みんなのキャリアの保健室」への登録について，次のとおり取消しを申請します。

１　登録年月日　　　　　　　年　　　月　　　　日

２　取消しの理由

　市内に住所を有しなくなったため

　登録制度を活用しなくても自らの取組で足りるため

　その他

３　連絡用情報

　⑴　担当者（所属・氏名）

　⑵　送付先住所

　⑶　電話番号

　⑷　メールアドレス