

特定(変更)認定申請取下願

平成 年 月 日

大 阪 市 長

申請者住所(法人の場合は事務所の所在地)

申請者氏名(法人の場合は名称、代表者氏名)

印

(願出者又は法人代表者の自署の場合は押印省略可)

次の特定(変更)認定申請は、都合により取り下げます。

記

施設名称	
施設所在地	
申請年月日	平成 年 月 日

保健所受付印