様式１

城東区ＡＣＰ地域普及推進サポーター名簿変更・削除届

 年　　　月　　　日

〔届出者〕

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |
| 氏名 |  |

[ ] **次のとおり、名簿の記載内容に変更がありましたので、届け出ます。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 氏名 |  |  |
| 所属施設名 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| メールアドレス |  |  |

※修了証・認定証の再交付を要する場合は、様式２により申請してください

[ ] **名簿から削除を要するため、届け出ます。**

|  |
| --- |
| （削除理由） |

【提出先】

大阪市城東区中央三丁目５番45号

城東区役所 保健福祉課（保健担当）

電話 06-6930-9882

FAX 050-3535-8689

E-Mail tq0011@city.osaka.lg.jp