

特定(変更)認定申請取下願

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)

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	年 月 日

※保健所受付印