

岩手県保健福祉部子ども子育て支援課 あて

(申請者) 住 所
名 称
代表者

「いわて子育て応援の店」登録解除願

いわて子育て応援の店への登録を、下記の事情により解除したいので届け出ます。

記

1 登録解除年月日

2 理由

3 届出担当者

所属

職名

氏名

連絡先