

受付No. _____

遠賀町生活支援商品券参加事業所脱退届

店 舗 名			
事 業 所 名	<input type="checkbox"/> 店舗名と同じ	代表者役職 及び氏名	
店舗所在地			
電 話 番 号		FAX 番号	
担 当 者 名		役職名	
辞退店舗数※2	※いずれかを○で囲んでください ・ 1 店舗のみ ・ 2 店舗以上 (店舗)		

※1 複数の店舗を有する場合は辞退届をコピーの上、店舗ごとに届出ください。

当事業所は、遠賀町生活支援商品券参加事業所募集要項を確認した上で、本事業に参加しません。

令和 年 月 日

<申請者>
・ 事業所名 :

・ 代表者名 : 印

受付印