第２号様式

かながわ未病改善協力内容抹消・変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　 年 月 　日

神奈川県知事　黒岩祐治　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・団体名等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

**（いずれかにチェックをつけてください）**

□**１　協力団体等としての活動を廃止するため、登録を抹消してください。**

**【理由】(差し支えのない範囲で記載してください)**

**□２　次の内容について変更が生じたので、届け出ます。**

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　　容 |
| 法人・団体名等 | （変更前）  （変更後） |
| 所在地 | （変更前）  （変更後） |
| 連絡先 | （変更前）  （変更後） |
| 法人・団体等の事業概要 | （変更前）  （変更後） |
| 活動分野を〇で  囲んでください（複数選択可） | （変更前）食・運動・社会参加・その他（　　　　　）  （変更後）食・運動・社会参加・その他（　　　　　） |
| 活動の概要 | （変更前）  （変更後） |
| ホームページ（URL） | （変更前）  （変更後） |
| 協力活動を実施する  県内事業所・店舗数 | （変更前）  （変更後） |
| 備考（変更理由等） |  |

※ 必要に応じて資料を添付すること。

所属

担当者

電話番号

電子メール