**川崎市歯っぴーファミリー健診事業**

**協賛品等（変更・取下げ）申込書**

年　　　月　　　日

（宛先）川 崎 市 長

（申込者）　住所

　　　　　団体名

　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり、既承認事業等について、変更・取下げ承認を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| すでに受けた承認の番号及び年月日 | 　　川　　第　　　号　　　　年　　月　　日 |
| 変更・取下げ内容 |  |
| 変更・取下げ理由 |  |
| その他必要な事項 |  |

※必要に応じて変更内容を確認できる書類を添付してください。