（様式第３号）

　年　　月　　日

**福島県「食べ残しゼロ協力店・事業所」認定中止届**

１　中止する店舗情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所・店舗名 |  | | | |
| 代表者名 |  | | | |
| 所在地  （複数店舗の一括申込の場合､代表する事業所等の所在地） | 中止する店舗が複数ある場合は、別途一覧表（店舗名・所在地）を添付してください。 | | | |
| 担当者連絡先 | 所属：氏名 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ-mail |  | | |

２　中止する理由

　　※該当するものに「○」をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 中止する理由 |
|  | 店舗の廃止 |
|  | その他（差し支えない程度でご記入ください。） |

※認定証及びステッカーの掲示については、取り止めてください。