

# ノンスモーキー応援施設登録解除申請書

平成 年 月 日

高知県健康政策部健康長寿政策課長 様

申請者  
郵便番号  
住所  
氏名  
電話番号

ノンスモーキー応援施設について、登録解除を希望しますので、下記のとおり申請します。

施設・店舗名	施設名 管理者名
施設所在地	〒  (電話 ー ー ) (FAX ー ー )
解除申請理由	

[申請先] 高知県健康政策部健康長寿政策課  
〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号  
TEL 088-823-9675 / FAX 088-823-9137

