様式第３号（第９条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　年　　月　　日

　　福岡県知事　殿

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名（法人・団体にあっては名称及び代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　認証番号

福岡県ワンヘルス認証解除申請書

　福岡県ワンヘルス認証制度実施要綱第９条第１項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

１　解除の理由