様式2

やさしおベジ増しプロジェクト参加辞退書

令和　年　月　日

奈良県福祉医療部医療政策局健康推進課長　様

事業者名・店舗名　　　：

代表者名または責任者名：

「やさしおベジ増しプロジェクト」の参加を辞退します。

連絡先　〒　　　（　　　　　　　）

　　　　TEL　　（　　　　　　　）

　　　　FAX　　（　　　　　　　）

　　　　E-mail　（　　　　　　　）

　　　　担当者名（　　　　　　　）