（様式３）登録中止届

申込番号

**たばこの煙のない施設登録中止届**

　当施設は、下記の理由により登録を中止したいので、届け出ます。

令和　　　年　　　月　　　日

所属（団体・学校名等）

代表者肩書・氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名  団体名  学校名 |  | | |
| 該当する方に○をしてください。  施設内禁煙　　・　　敷地内禁煙 | | |
| 所在地 | 〒　　　　　－ | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ◆中止する理由　※該当箇所に○をつけて下さい。  　（　　）施設内又は敷地内が終日禁煙ではなくなったから  　（　　）業務の廃止等により、施設を利用しなくなったから  　（　　）事業に協力したくないから  　（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

※登録情報は、手続き終了後速やかに、県央保健所ホームページから削除します。