

## 元気うわじまサポートバンク登録解除届

令和 年 月 日

宇和島市保健福祉部 保険健康課  
元気うわじまサポートバンク事務局 あて

(申請者)

団体名 \_\_\_\_\_

氏名又は代表者名 \_\_\_\_\_

元気うわじまサポートバンクの登録解除を申し出ます。