**様式第３号**

管 理 者 兼 務 廃 止 届 書

　　　年　　月　　日

（あて先）前橋市保健所長

届出者住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

次のとおり、兼務の許可に係る廃止の届出をします。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 兼務許可指令番号及び許可年月日 |  |
| 廃止年月日 |  |
| 廃止の理由 |  |
| 備考 |  |