（様式６）

岩手県農福連携応援マーク使用辞退届

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

岩手県保健福祉部

障がい保健福祉課総括課長　　様

〒

住所

事業所名

代表者職

代表者氏名

令和 年 月 日付け許諾番号　　　で許諾を受けていた岩手県農福連携応援マークの使用を中止しますので、届け出ます。

記

１　商品名

２　許諾を受けていた期間

　　令和　　年　　月　　日　～　　令和　　年　　月　　日