

ワクチン・検査パッケージ制度登録取消申請書

令和 年 月 日

埼玉県知事

ワクチン・検査パッケージに登録された店舗について、下記のとおり登録取消しを申請します。

1 申請事業者の情報

【個人事業主の方】

自宅住所	〒
フリガナ	
氏名	
電話番号	
メールアドレス	
書類送付先	※上記自宅住所と違う場所への書類送付を希望する場合のみ記入してください。 〒

【法人の方】

所在地	〒
法人名	
フリガナ	
代表者職名・氏名	
担当者名	
担当者 電話番号	
メールアドレス	
書類送付先	※上記所在地と違う場所への書類送付を希望する場合のみ記入してください。 〒

2 ワクチン・検査パッケージの登録取消しを申請する店舗数

--

店舗

ワクチン・検査パッケージの登録取消しを申請する店舗の情報（1店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの登録取消しを申請する店舗の情報（2店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの登録取消しを申請する店舗の情報（3店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの登録取消しを申請する店舗の情報（4店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの登録取消しを申請する店舗の情報（5店舗目）

店舗所在地	〒
店舗名称	

※登録店舗数が5店舗を超える場合は、こちらのページをコピーして使用してください。

ワクチン・検査パッケージの登録取消を申請する店舗の情報（ 店舗目）

店舗 所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの登録取消を申請する店舗の情報（ 店舗目）

店舗 所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの登録取消を申請する店舗の情報（ 店舗目）

店舗 所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの登録取消を申請する店舗の情報（ 店舗目）

店舗 所在地	〒
店舗名称	

ワクチン・検査パッケージの登録取消を申請する店舗の情報（ 店舗目）

店舗 所在地	〒
店舗名称	