

様式第9号

年 月 日

大泉町長

様

申請者 所在地
事業者名
代表者
電話番号
担当者

大泉町働きやすい職場づくり奨励金取下げ届

年 月 日付け(第 号)で認定を受けた補助事業に
ついて、下記の理由により取り下げます。

記

取下げ理由