

泉大津市指定袋等取扱店
解 約 届

令和 年 月 日

泉大津市長 様

取扱店名

取扱店CD

代表者住所

代表者氏名 (印)

担当者氏名

電話番号

年 月 日付契約した指定袋等取扱店について、下記の事由により、契約を解除したいので申し入れます。

記

契約解除日 令和 年 月 日

解除理由