様式９

**応急手当市民サポーター登録抹消申請書**

年 月 日

（あて先）

福岡市消防局長

申請者氏 名

今般，下記の理由により，応急手当市民サポーターの登録抹消をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏 名 |  |
| 住 所 |  |
| 応 急 手 当市民サポーター | 登録番号 | 第 号 |
| 登録年月日 | 年 月 日 |
| 抹消の理由 |  |
| ※備 考 |  |

（注）※印欄は記入しないでください。