

稲城市公共施設アダプト制度 解除申出書

年 月 日

稲 城 市 長 殿

活動名称

代表者 住 所

氏 名

電話番号

この度、稲城市公共施設アダプト制度における稲城市との合意を解除したいので、申し出ます。

1. 活動していた場所

2. 合意解除の日

3. 合意解除の理由

4. 原状の回復について

5. その他

※活動名称がない場合には、活動名称欄に代表者名を記入してください。