

年 月 日

岩手県知事 様

組合の名称

事務所の所在地

代表者 氏 名

解 散 決 議 認 可 申 請 書

生活衛生同業組合の解散の決議について認可を受けたいので、申請します。

- 1 解散決議年月日 年 月 日
- 2 解散理由

注 解散の決議をした総会の議事録謄本を添付してください。