様式第９号（第９条関係）

　　年　　　月　　　日

（宛先）熊本市長（宛）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録事業者番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

※法人の場合は、記名押印してください。

　法人以外でも、本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

**熊本市空き家バンク登録事業者抹消申請書**

　　　年　　月　　日付け空対発第　　　号で通知を受けた事業者登録の決定について、下記のとおり抹消したいので、熊本市空き家バンク実施要綱第９条第１項の規定により申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 登録事業者番号 |  |
| 抹消の理由 |  |