

令和 年 月 日

医師会契約駐車場解約届

木更津看護学院
校長 様

准看護師課程

学籍番号 _____

学生氏名 _____ 印

住 所 _____

電話番号 _____

私は、医師会契約駐車場の利用契約を令和 年 月 日付
をもって解約したいのでお届け致します。