

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。