

(様式3)

年 月 日

岩出市がん対策推進企業等連携協定解除届

岩出市長 様

企業名

代表者氏名

印

岩出市がん対策推進企業等連携協定の解除を届け出ます。

記

協定解除の理由

送付先
〒649-6292 岩出市西野209番地 岩出市役所 生活福祉部 保険介護課 あて 電話:0736-62-2141 FAX:0736-63-0075