

(第3号様式)

相模原市がん検診受診促進パートナー登録解除届

令和 年 月 日

相模原市長 あて

企業等名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

相模原市がん検診受診促進パートナーに関する取扱要綱第8条第1項の規定に基づき、次のとおり届出します。

登録解除日	年 月 日
解除する理由	