

解約届出日： 年 月 日

医者どこ予約 ワクチン接種予約システム

解約届出書

お客様情報を記入、ご捺印の上、下記FAX宛にお送りください。

トスメディカル株式会社 宛 FAX： 0797-69-6173

お客様情報

事業者名/組織名		代表印
代表者名		
住所		

サービスの一部を解約される場合は、以下にご記入ください

--

上記サービスを今月末日をもって解約することに同意いたします。



トスメディカル株式会社

〒665-0011 兵庫県宝塚市南口1丁目17-18 ソワ宝塚 204
TEL. 0797-69-6177 / FAX. 0797-69-6173

担当：山尾