様　式２

授　乳　施　設　利　用　終　了　届

令和　　年　　月　　日

　　琉球大学病院長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者（所属）　　　　　　（職名）

（氏名）　　　　　　　　　　　　　　印

　かねて授乳施設を利用していました下記の者は，令和　　年　　月　　日をもって利用を終りますので，お届けします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　利用終了の事由