

特定非営利活動法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会
施設退会申請書

あじさいネット統括管理者 殿

長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会を退会したいので申請を致します。

申請日：2 年 月 日

施設名：_____

開設者氏名：_____

施設長名：自署または公印 _____

電話番号：_____ FAX番号：_____

これまでの貴施設の医師登録状況： 開設者のみ入会 ・ 勤務医の入会有り

退会理由

後日、利用者規定に則ったご案内を差し上げますので、内容のご確認をよろしく申し上げます。

注：本書類は協議会事務局へ提出してください。

【事務局取扱欄】

受理日：2 年 月 日

協議会会員番号:

--	--	--	--	--

- 連携先機関へFAX
- その他 ()

事務局受付	統括管理者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /

本書は協議会事務局にて保管