



退会申請書【個人ID抹消用】

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。

退会者情報

(所属施設長自身の退会の場合もご記入ください)

申請日 20 年 月 日

退会する施設名			
施設長氏名			
電話番号		FAX番号	
退会者氏名	ふりがな	性別	男 ・ 女
		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日生
職 種	医師／歯科医師・薬剤師・看護師・訪問看護師・助産師・MSW・その他 ()		
Eメールアドレス	@		

▼ 当該会員の異動・退職後に施設担当者が申請する場合は、下記もご記入ください。(退会者ご本人による申請の場合は記入不要)

記入者氏名			
記入者の所属部署		電話番号	

- 本書類は退会者ご本人または所属していた施設の担当者が記入し、あじさいネット事務局へ提出してください。
- 後日、利用者規定に則った処理を行い、ご連絡を差し上げます。

【事務局取扱欄】

受理日：20 年 月 日

協議会会員ID：
(あじさいID)

--	--	--	--	--	--

- 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