

利用者会員及び賛助会員退会届

おおいた医療ネットワーク運営協議会 御中

(利用者会員及び賛助会員名)

おおいた医療ネットから退会したく届け出ます。

【利用者会員】

申請日	年 月 日											
退会理由												
施設名			医療機関コード									
代表者名												
住所												
代表電話			代表 FAX									

【賛助会員】

退会理由												
施設名			施設代表者氏名									
住所												
電話			メールアドレス									

連絡窓口	担当者 電話番号	部署名 FAX	職種 メールアドレス
------	-------------	------------	---------------

会長印	運用責任者印	事務局受付印