

様式第10号（第16号関係）

施設名

## 利用者会員及び賛助会員退会通知書

おおいた医療ネットワーク運営協議会より退会したことを通知いたします。

退会日	年 月 日									
ふりがな 施設名										
機関コード (事業所コード)										
精算額	円									

月 日までに返却をしてください。

管理端末 台  
カード 枚  
カードリーダー

### 【事務局】

おおいた医療ネットワーク運営協議会 事務局  
〒870-8506 大分市荷揚町6番1号  
TEL：097-576-7150  
Mail：oita\_iryounet@oita-medical.net  
担当：伊達、阿部