

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通知いたします。

退会日	年 月 日									
施設名										
機関番号 (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_iryouonet@oita-medical.net
担当 : 伊達、阿部