

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_iryounet@oita-medical.net
担当：伊達、阿部