

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

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		医療機関番号	
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	部署名	職種
	電話番号	FAX	メールアドレス

会長印	運用責任者印	事務局受付印