

# 三重医療安心ネットワーク退会申請書

(施設登録抹消申請書)

三重医療安心ネットワーク統括管理者 殿

三重医療安心ネットワークを退会したいので申請を致します。

退会申請日 : 20 年 月 日

施設名 : \_\_\_\_\_

ふりがな

ふりがな

開設者氏名 : \_\_\_\_\_

院長氏名 : \_\_\_\_\_

(自署あるいは公印をお願いします)

メールアドレス : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

後日、利用者規定に則った処理を行い、ご案内を差し上げますので内容のご確認をお願いします。

注：本書類は協議会事務局へ提出してください。

(事務局取扱欄)

退会申請受理日 : 20 年 月 日

本書は協議会事務局にて保管

三重県地域医療連携連絡協議会事務局

TEL : 059-231-5813

FAX : 059-231-5348

事務局受付済	統括管理者
日付 /	日付 /