

(送付先 F A X 番号 : 0138-43-8310)

道南地域医療連携協議会施設退会届

道南地域医療連携協議会理事長 様

道南地域医療連携協議会からの退会を届出いたします。

年 月 日

施設名 : _____

所在地 _____

開設者氏名 : _____ 代表者氏名 : _____

Eメールアドレス : _____

電話番号 : _____

F A X 番号 : _____

担当者名 (部署) : _____ (_____)

※ 下記事務局まで、郵送または F A X 願います。

〈事務局〉

〒 0 4 1 - 8 6 8 0

函館市港町1丁目10番1号

市立函館病院事務局医療連携担当課

電 話 0 1 3 8 - 4 3 - 2 0 0 0

F A X 0 1 3 8 - 4 3 - 8 3 1 0

〈事務局取扱欄〉

退会届受理日 : 年 月 日

システム解除処理日 : 年 月 日

担当 : _____