

(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) : _____ (_____)

退会理由に ☒ を入れてください。

- ☐ 連携施設がないため
- ☐ 同意患者がいらないため
- ☐ 見たい情報が公開されていないため
- ☐ 使い方がわからず使用できてないため
- ☐ 他社システムを使うため
- ☐ 閉設するため
- ☐ その他 (_____)

※ 下記事務局まで、郵送または F A X 願います。

〈事務局〉 特定非営利活動法人 道南地域医療連携協議会
〒 0 4 1 - 8 6 8 0
函館市港町 1 丁目 1 0 番 1 号
市立函館病院地域連携課内
電 話 0 8 0 - 9 6 1 5 - 5 4 2 2 (9:00~16:00)
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