

(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いないため
- 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
〒 041-8680
函館市港町1丁目10番1号
市立函館病院地域連携課内
電 話 080-9615-5422(9:00~16:00)
電 話 0138-43-2000
F A X 0138-43-8310

(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