ぎふ清流ネット　利用中止届

【閲覧施設用】

　岐阜県地域医療連携ネットワーク協議会長　殿

岐阜県地域医療連携ネットワーク協議会を退会したいのでお届けします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 種別 |
| 氏　　　名 | | 印 | | | □開設者  □管理者  □勤務医 |
| フリガナ | |  | | | |
| 医療機関名 | |  | | | |
| ＴＥＬ |  | | ＦＡＸ |  | |
| E-mail |  | | | | |
| 退会理由 |  | | | | |

※ご本人様が転勤等で記載不能の場合は、開設者またはそれに代わる院長が申請してください。

（事務局記載欄）

申請受理日：平成　　　年　　　月　　　日

作　業　日：平成　　　年　　　月　　　日