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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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：　　　　　年　　　月　　　日

作　業　日：　　　　　年　　　月　　　日