

# 退 会 届

年 月 日

一般社団法人医療ネットワーク岡山協議会長 殿

1. 施設名

〒

2. 施設の所在地

3. 役職・氏名

印

(管理者又は管理者が委任した者)

4. 連絡担当者

次のとおり、貴協議会を退会します。

準会員退会申出者記入欄					
1	フリガナ		性別	生年月日	※いずれかを選択 ・医師 ・歯科医師 ・薬剤師
	氏名	印	男女	(大正・昭和・平成) 年 月 日	
2	フリガナ		性別	生年月日	※いずれかを選択 ・医師 ・歯科医師 ・薬剤師
	氏名	印	男女	(大正・昭和・平成) 年 月 日	
3	フリガナ		性別	生年月日	※いずれかを選択 ・医師 ・歯科医師 ・薬剤師
	氏名	印	男女	(大正・昭和・平成) 年 月 日	
4	フリガナ		性別	生年月日	※いずれかを選択 ・医師 ・歯科医師 ・薬剤師
	氏名	印	男女	(大正・昭和・平成) 年 月 日	
5	フリガナ		性別	生年月日	※いずれかを選択 ・医師 ・歯科医師 ・薬剤師
	氏名	印	男女	(大正・昭和・平成) 年 月 日	

(事務局取扱欄)

受理日： 年 月 日