

# 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. 職・氏名

印

(管理者又は管理者が委任した者)

4. 連絡担当者氏名

5. 連絡先電話番号

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	職種	退会する機能
	氏名		男 女	( ) 年 月 日		基本機能/拡張機能
2	フリガナ		性別	生年月日	職種	退会する機能
	氏名		男 女	( ) 年 月 日		基本機能/拡張機能
3	フリガナ		性別	生年月日	職種	退会する機能
	氏名		男 女	( ) 年 月 日		基本機能/拡張機能
4	フリガナ		性別	生年月日	職種	退会する機能
	氏名		男 女	( ) 年 月 日		基本機能/拡張機能
5	フリガナ		性別	生年月日	職種	退会する機能
	氏名		男 女	( ) 年 月 日		基本機能/拡張機能

-----  
(事務局取扱欄)

受理日： 年 月 日