

八女筑後医療情報ネットワーク退会届

八女筑後医療情報ネットワーク協議会会長 様

八女筑後医療情報ネットワークから退会したいので、下記のとおり届出致します。

退 会 日： 平成 年 月 日

施 設 名：	_____
住 所：	_____
代表者氏名：	_____ 印
医師会入会：	<u>入会 ・ 未入会</u> 所属医師会名： _____
担当者	
部 署 名：	_____
役 職 名：	_____
氏 名：	_____
電話番号：	_____
FAX 番 号：	_____
Email アドレス：	_____