

# 道南地域医療連携協議会施設退会届

道南地域医療連携協議会理事長 様

道南地域医療連携協議会からの退会を届出いたします。

平成 年 月 日

施設名： \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

開設者氏名： \_\_\_\_\_ 代表者氏名： \_\_\_\_\_

Eメールアドレス： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX番号： \_\_\_\_\_

担当者名（部署）： \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

※ 下記事務局まで、郵送またはFAX願います。

〈事務局〉

〒 0 4 1 - 8 6 8 0 函館市港町1丁目10番1号  
市立函館病院事務局医療連携課

電 話 0 1 3 8 - 4 3 - 2 0 0 0

F A X 0 1 2 0 - 5 0 - 3 6 2 0

-----  
〈事務局取扱欄〉

退会届受理日： 平成 年 月 日

システム解除処理日： 平成 年 月 日

担当： \_\_\_\_\_

