

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。

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〉

〒 041-8680

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 0138-43-2000

FAX 0138-43-8310

〈事務局取扱欄〉

退会届受理日： 年 月 日

システム解除処理日： 年 月 日

担当： _____