

退 会 申 請 書

(きしのうらネット退会申請書)

独立行政法人 地域医療機能推進機構
九州病院 (JCHO九州病院)
院長 多治見 司 殿

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 きしのうらネットに利用者として参加しておりましたが、都合により退会したいので、下記のとおり申請いたします。

退会申請日 : 平成 年 月 日

施設名 : _____

住所 : (〒) _____

電話番号 : _____

ふりがな
利用者氏名 : _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 : _____ メールアドレス _____

※ 上記必要事項にご記入いただき、下記きしのうらネット事務局までFAXしていただきますようお願い申し上げます。

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院
きしのうらネット事務局担当 : 医療支援部
TEL : 0120-489-788
FAX : 0120-229-822

〈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

特記事項

担当 : _____