

退 会 申 請 書

(きしのうらネット退会申請書)

(独)地域医療機能推進機構
九州病院
院長 内山 明彦 殿

(独)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 : _____ 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、(独)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まで FAXしていただきますようお願い申し上げます。

(独)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 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

システム解除処理日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

特記事項

担当 : _____