

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： 入会 ・ 未入会 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： _____