

退会申請書

(まほろばネット参加施設退会申請書)

まほろば医療連携ネットワーク (まほろばネット) 協議会 様

まほろば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、以下のとおり申請いたします。

退会申請日：令和 年 月 日

(フリガナ)	
施設名：	_____
(〒 _____)	
施設住所：	_____
電話番号：	_____
FAX 番号：	_____

(フリガナ)	
利用者氏名：	_____ 性別 男 ・ 女
メールアドレス：	_____
(上記アドレスを協議会メーリングリストに登録に登録させていただきます。)	
ログイン ID：	_____ パスワード：
(半角英数字 5 字以上でお願いします)	(半角英数字 5 字以上でお願いします)
職種：医師・看護師・事務・その他 (_____)	

※上記必要事項にご記入いただき、下記まで F A X していただきますようお願い申し上げます。

まほろば医療連携ネットワーク事務局：国保中央病院地域支援センター

TEL：0744-32-8800・FAX：0744-32-5999

Eメール：chiiki@kokuho-hp.or.jp