

ふくい医療情報連携システム運営協議会 退会申請書兼システム利用解除申込書

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 殿

ふくい医療情報連携システム協議会を退会し、ふくい医療情報連携システムの利用の解除を申請致します。

申請日	年 月 日		
機関コード			
ふりがな			印
医療機関名			
代表者名			
郵便番号	〒 ー		
所在地	福井県		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス	@		

(事務局取扱欄)

□退会届出受理日： 年 月 日 (郵送・FAX・その他)

□システム解除日： 年 月 日

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /