

施設退会申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 殿

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会から退会いたします。

施設情報記入欄

申請日	平成 年 月 日
退会日	平成 年 月 日
施設名	ふりがな.....
住所	〒 -
代表者氏名	
電話番号	
FAX 番号	
退会理由	

本書を協議会事務局に FAX して下さい。 FAX : 050-3730-0128

【重要】

退会の際には、『施設退会申請書（様式 2）』のファックス送信に併せて、全ての登録された利用者について『利用者 ID 抹消申請書（様式 4）』の提出が必要です。

【事務局】 〒960-8036 福島県福島市新町 4 番 22 号 福島県医師会館 1F
フリーダイヤル : 0120-578-818 電話 : 024-525-8818 FAX : 050-3730-0128

事務局取扱欄

<input type="checkbox"/>	施設退会申請書受理日	: 平成	年	月	日
<input type="checkbox"/>	端末回収日	: 平成	年	月	日
<input type="checkbox"/>	施設退会登録完了通知書送付日	: 平成	年	月	日