福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式９２

キビタンケアネットサービス　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　様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会が運営する、キビタンケアネットサービスから退会いたします。

|  |
| --- |
| **施設情報記入欄** |
| 申請日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 退会日 | 令和　　　　　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】

この申請書は、キビタンケアネットサービスの施設退会申請書となります。