様式６

　ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル退会申込書

ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタルの利用において、利用の停止、及び協議会の退会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 退会申込日 | 年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 代表者名 | 印  （押印の代わりに、自筆での署名も可） |
| 連絡担当者名  （書式の提出者） |  |

※この様式をご記入後、下記あて先にご送付頂きますようお願いいたします。

〒４２０－８５２７

静岡県静岡市葵区安東４－２７－１

静岡県立総合病院　地域医療ネットワークセンター　病診連携部門　宛

事務局受理日　　　　　　年　　　　月　　　　日