

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