

## 佐渡地域医療連携ネットワーク 施設退会申請書

**特定非営利活動法人 佐渡地域医療連携推進協議会 殿**

佐渡地域医療連携ネットワーク(さどひまわりネット)から施設退会を申請致します。

※下記、太枠部分をご記入ください。(\*)は必須とする。

施設情報記入欄	
申請日(*)	令和 年 月 日
施設名(*)	フリガナ: .....
施設管理者名(*)	

本書をコピーしたものを控えとして施設で管理し、本書を佐渡地域医療連携推進協議会に送付ください。

(事務局取扱欄)

- 施設退会申請書受理日 : 令和 年 月 日
- システムからの施設情報削除日 : 令和 年 月 日
- システム利用環境撤収 : 令和 年 月 日
- 利用料清算 : 令和 年 月 日
- 施設退会完了通知書送付日 : 令和 年 月 日