

# 上小地域医療連携ネットワークシステム運営協議会退会届

(施設登録抹消用)

上小地域医療連携ネットワークシステム運営協議会 会長 殿  
上小地域医療連携ネットワークシステム運営協議会からの退会を届出いたします。

届出日 : 令和 年 月 日

施設名 : \_\_\_\_\_

フリガナ

開設者氏名 : \_\_\_\_\_ 代表者名 : \_\_\_\_\_

これまでの貴施設の登録状況 : 名簿を作成して提出して下さい。

Eメールアドレス : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

FAX番号 : \_\_\_\_\_

〈事務局・送付先〉

〒386-8610 上田市緑が丘1-27-21 信州上田医療センター 企画課  
電話 0268-22-1890 FAX 0268-24-6603

-----  
(事務局取扱欄)

退会届出受理日 : 令和 年 月 日

システム解除日 : 令和 年 月 日