一般社団法人 西淀川区医師会

**『に～よん医療ネット協議会』**

**退会届**

に～よん医療ネット協議会

事務局　行

　このたび、次の事由により貴会を退会いたします。

届出年月日　　　(平成　　　　年　　　　月　　　　日)

|  |  |
| --- | --- |
| ( ふりがな )  退会申込者氏名 | 印 |
| 施設名 |  |
| 施設住所 | 〒　　　　　－ |

　事　 由 (簡潔に記入してください。)

申込先および問い合わせ先：〒555­0034　大阪府大阪市西淀川区福町3丁目2番39号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 社会医療法人愛仁会　千船病院　地域医療科内

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　に～よん医療ネット協議会 事務局　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　TEL (06) 6471-3011 　FAX (06) 6471-3012

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail ： ni-yon@chp.aijinkai.or.jp