

(別紙様式 1-3)

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院地域医療連携ネットワークシステム
(中京病院連携ネット)
利用撤回届出書

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 院長 殿

この度、独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院地域医療連携ネットワークシステム（「中京病院連携ネット」）の利用を撤回します。

届出日（西暦）20__年__月__日

医療機関名 :

代表者名 :

郵便番号:

住所 :

電話番号:

FAX :

E-mail :

【備考】（記述不要です）