

(様式6)

昭和病院地域医療ネットワーク参加撤回申請書

公立昭和病院長 殿

私は、以下の説明担当者から説明及び説明文書の交付を受け、昭和病院地域医療ネットワークに参加の申請をしましたが、参加を撤回したいので申請します。

患者さん記入欄			
申請年月日	令和 年 月 日		
フリガナ			
氏名(自署)			
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	性別	男・女
公立昭和病院 の受診券番号			
代理人による 記載	代理人 氏名(自署)	続柄	

紹介元施設記入欄			
紹介元施設名			
説明担当者 氏名(自署)			
電話番号		F A X	

上記を記載後、以下まで本書の郵送をお願いします。

郵送先 〒187-8510

東京都小平市花小金井八丁目1番1号

公立昭和病院 地域医療連携室

【問合せ先】

公立昭和病院 地域医療連携室

連絡先 042-461-0052(代表)