

(様式4)

昭和病院地域医療ネットワーク利用中止申請書

公立昭和病院長 殿

昭和病院地域医療ネットワークの利用を中止したいので、申請します。

申請日	令和 年 月 日		
施設名			
代表者名 (自 署)			
電話番号		FAX番号	
機関コード (事業者コード)			
中止理由			

上記を記載後、以下まで本書の郵送をお願いします。

本書を受理後、施設に属する利用者全員の登録を抹消します。

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)