

福井次世代型生殖医療支援情報連携ネットワーク 脱退申請書

Fukui ART Net 宛

福井次世代型生殖医療支援情報連携ネットワークの利用について、以下の通り脱退申請いたします。

申請日： _____ 年 月 日

医療機関名	_____
住 所	〒 _____ - _____
電 話 番 号	_____ (_____)
F A X 番 号	_____ (_____)
代表者氏名	_____
医療機関運用管理者名	_____
連絡先担当者名	_____
連絡先担当者電話	_____

脱退理由	_____
------	-------

【事務局記入欄】

受 付 日	_____ 年 月 日
受付担当者	氏名 _____ 職種： _____
バンダー対応日	_____ 年 月 日