

福大西新みえるネット利用施設中止届出書

福岡大学西新病院長 殿

令和 年 月 日

当施設は、「福大西新みえるネット」の利用を中止したいのでお届けいたします。

記

医療機関（施設）名 _____

施設長名 _____ 印

所在地 〒 _____

電話番号（連絡先） _____

中止理由 _____

以上

以下 西新病院記入欄

受 理 日： 年 月 日 担当者： _____

中止設定日： 年 月 日 担当者： _____