

「くまもとクロスネットシステム」退会申請書

熊本赤十字病院長 様

令和 年 月 日

当院（当施設）は、地域医療連携システム「くまもとクロスネットシステム」を退会したいので、下記のとおり申請します。

記

医療機関（施設）名 _____ 印

施設責任者 _____

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

E-Mail アドレス _____

実務担当者（施設責任者と異なる場合） _____

以上