

特定非営利活動法人北海道診療情報管理研究会 退会届

特定非営利活動法人北海道診療情報管理研究会 理事長 殿

このたび、下記の理由を以て特定非営利活動法人北海道診療情報管理研究会を退会いたします。

[退会会員]

フリガナ	(※個人会員以外は代表者名をご記入ください)	性別
氏名		男 ・ 女
施設名 (勤務先)	(※正式名称をご記入ください)	
所在地 (勤務先住所)	〒	

退会年月日	年 月 日	会員種別	施設 ・ 個人 ・ 賛助
退会理由	(1)退職・転職のため (2)その他 ()		

□ 退会届連絡先 〒060-0061 札幌市中央区南1条西14丁目
社会医療法人 医仁会 中村記念病院 診療情報管理室内
特定非営利活動法人北海道診療情報管理研究会事務局
TEL/FAX (011)231-8561

[事務局欄]

受領日	年 月 日	事務局担当者	
-----	-------	--------	--