

松山赤十字病院地域医療連携ネットワーク利用中止届

松山赤十字病院長 様

松山赤十字病院地域医療連携ネットワークの利用を中止したいので届け出ます。

届出日	年 月 日		
医療機関名			
代表者名 ※自署または公印をお願いします	印		
TEL		FAX	
中止理由			

※ 参加施設の代表者がこの書類を提出した場合は、当該施設が届け出ている利用者全員の利用資格を抹消します。

松山赤十字病院 患者支援センター
〒790-8524 松山市文京町1番地
TEL : 089-926-9516 FAX : 089-926-9547