

小樽後志地域医療連携システム利用解除申請

小樽市病院事業管理者 並木 昭義 様

「小樽後志地域医療連携システム」の利用を取りやめるので、利用解除申請いたします。

解除日：令和 年 月 日

施設名：_____

開設者氏名：_____ 代表者氏名：_____ 印
(自署あるいは公印でお願いします)

担当者氏名（部署）：_____ (_____)