

利用中止届

豊中市病院事業管理者 様

下記のとおり、市立豊中病院ネットの利用を中止します。

届出日	年 月 日
医療機関名称 ／医療機関コード	(ふりがな) (医療機関コード(7桁):)
代表者名	(ふりがな) (自署でお願いします)
所在地	〒
連絡先	(TEL) (FAX) (Mail)
中止理由	

市立豊中病院 地域医療連携室
〒560-8565 大阪府豊中市柴原町4-14-1
TEL 06-6858-3597

【市立豊中病院取扱欄】

受理日： 年 月 日	登録日： 年 月 日
-------------------	-------------------