

## 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

## キビタンケアネットサービス 施設退会申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 様

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会が運営する、キビタンケアネットサービスから退会いたします。

## 施設情報記入欄

申請日	令和 年 月 日
退会日	令和 年 月 日
施設名	ふりがな .....
住所	〒 -
代表者氏名	
電話番号	
FAX 番号	
退会理由	

本書を協議会事務局に FAX して下さい。 FAX : 050-3730-0128

## 【重要】

この申請書は、キビタンケアネットサービスの施設退会申請書となります。

【事務局】 〒960-8036 福島県福島市新町 4 番 22 号 福島県医師会館 1F  
電話 : 024-525-8818 FAX : 050-3730-0128

## 事務局取扱欄

施設退会申請書受理日 : 令和 年 月 日  
 施設退会登録完了通知書送付日 : 令和 年 月 日