退　会　届

施設の名称

住　所（〒　　－　　）

（電話番号　　）

このたび、下記事由により退会いたしたく、ここに届出いたします。

記

年　　月　　日

公益社団法人千葉県国民健康保険診療施設協会
会　長　　岩　田　　利　雄　　様

届出者（開設者）　　印

届出者｛管理者（病院長・診療所長）｝　　印