

宇陀けあネット 脱退届

一般社団法人宇陀地域医療・介護連携ネットワーク運営協議会 行

私は、宇陀けあネット（宇陀地域医療・介護連携ネットワーク）の脱退を申し込みます。

申込日【必須】	令和 ・ 西暦 年 月 日
申込者氏名【必須】	フリガナ
代理人氏名・続柄	続柄： ※ 申込者本人が未成年者の場合、家族または保護者等の代理人による署名が必須となります。 ※ 心身の理由により自署が困難な場合、家族（内縁含む）、保護者、後見人・補佐人等の代理人による署名が可能です。
性別【必須】	男 ・ 女
生年月日【必須】	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 西暦 年 月 日
電話番号【必須】	
住所【必須】	〒 —
脱退理由	

本書の写しを控えとしてお手元に保管いただき、原本を一般社団法人宇陀地域医療・介護連携ネットワーク運営協議会事務局までご送付ください。

<受領事業所名> ※事業所が記入	<事務局記入欄> ※事務局が記入	押印欄		