



年 月 日

診療情報地域連携システム退会届受理書送信票

特定非営利活動法人  
佐賀県CSO推進機構 御中

施設名

担当

電話

FAX

下記医療機関から、別添写しのとおりシステム退会届がありましたので送信します。

【入会時受付 No.】 \_\_\_\_\_

【医療機関名】 \_\_\_\_\_