

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会の脱会届

1.機関名： _____	
2.担当者	部署
	職名・氏名
3.脱会の期日： 年 月 日	

※記入後、017-726-8162 に F A X 送信してください。受信確認後、電話で確認します。