

退会届  
(医療関連施設用)

東京都医師会 殿

平成 年 月 日

「ほっとライン」を退会いたします。

医療関連施設

ふりがな			
医療関連 施設名			
医療機関ID(OID)	1.2.840.114319.5.4.		
現住所		電話番号/Eメール	
(〒 - )	Tel ( - - )		
	e-mail		@

退会申込者

ふりがな		役職	区分
氏名	印		本人・代理人