

Fax : 03-5281-8535

一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会事務局宛

一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会
会長 殿

退 会 届

下記理由のため 年 月 日をもって退会いたします

(理由)

1. 回復期リハ病棟の届出を 年 月 日より、
取り下げるため (あるいは取り下げたため)
2. 経費削減のため
3. その他 (具体的にお書き下さい)

_____年 月 日

法人名 _____

病院名 _____

登録代表者氏名 _____

本件の連絡担当者氏名 _____

連絡担当者の方の電話番号 _____