

令和 年 月 日

兵庫県病院協同組合 理事長 殿

住 所 〒

(※法人にあっては法人所在地)

電話番号

開設者氏名 (※法人にあっては法人名称及び代表者職氏名)

(印)

(法人代表者印)

脱退届

今般、当院は下記の事由により、貴組合を脱退いたしたくお届けいたします。

<脱退の理由>

なお、出資金の返還については、下記の口座あて振込み願います。

記

1. 振込先銀行 _____ 銀行・信用金庫 _____ 支店 _____

2. 科目・口座番号 当座預金・普通預金 _____ 口座番号 _____

(いずれかに○を記入してください)

3. 口座名義 _____

以上