

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