

(様式第2号)

扇状地ネット利用停止申請書

(個人ID抹消用)

黒部市民病院地域医療連携室 宛

扇状地ネットの利用を停止したいので申請を致します。

(勤務医本人が転勤等で記載不能な場合は、開設者またはそれに代わる
院長が申請してください)

申請日: 平成 年 月 日

所属施設名: _____

(以下利用停止申請者情報)

氏名: _____

現在の新・扇状地ネットのID: _____

Eメールアドレス: _____ @ _____

後日、利用者規定に則った処理を行い、ご連絡をメールで差し上げます。

注:本書類は黒部市民病院地域医療連携室(フレンディ)へ提出してください。

(地域医療連携室取扱欄)

受理日: 平成 年 月 日 (郵送 ・ FAX ・ その他)

会員番号

--	--	--	--	--	--	--

本書は地域医療連携室にて保管

地域医療連携室
日付 /

地域医療連携室長
日付 /

情報企画係
日付 /