

(様式4)

昭和病院地域医療ネットワーク利用中止申請書

公立昭和病院長 殿

昭和病院地域医療ネットワークの利用を中止したいので、申請します。

| | | | |
|-------------------|----------|-------|--|
| 申請日 | 令和 年 月 日 | | |
| 施設名 | | | |
| 代表者名 (自 署) | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| 機関コード (事業者コード) | | | |
| 中止理由 | | | |

上記を記載後、以下まで本書の郵送をお願いします。

本書を受理後、**施設に属する利用者全員の登録を抹消**します。

郵送先 〒187-8510

東京都小平市花小金井八丁目1番1号

公立昭和病院 地域医療連携室

【問合せ先】

公立昭和病院 地域医療連携室

連絡先 042-461-0052(代表)