

(様式5)

昭和病院地域医療ネットワーク

利用者情報の変更及び停止(抹消)申請書

公立昭和病院長 殿

施設名 _____

当施設で昭和病院地域医療ネットワークの利用を申請している以下の職員について、情報の変更及び停止(抹消)を申請します。

	区分	利用者 ID	利用者氏名	理由
例	変更・ <input type="checkbox"/> 停止(抹消)	00000	昭和太郎	退職のため
例	<input type="checkbox"/> 変更・停止(抹消)	11111	昭和花子	姓変更のため(旧姓:大正)
	変更・停止(抹消)			

上記を記載後、以下まで本書の郵送をお願いします。

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)