

(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) | | | |
| | 変更・停止(抹消) | | | |
| | 変更・停止(抹消) | | | |
| | 変更・停止(抹消) | | | |
| | 変更・停止(抹消) | | | |
| | 変更・停止(抹消) | | | |
| | 変更・停止(抹消) | | | |
| | 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)