

にしたま ICT 医療ネットワーク利用者退会申請書

(ネットワーク参加取消申請書)

にしたま ICT 医療ネットワーク協議会長 殿

情報開示病院又は参照診療所等

施設長： _____ ㊟

次の者がにしたま ICT 医療ネットワークに利用者として参加しておりましたが、都合により退会したいので、以下のとおり届け出ます。

退会届出日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【施設情報欄】

施設名			
電話番号	() -	FAX番号	() -

【退会者情報欄】〔利用希望者数： 1 名 ・ 複数名〕

(フリガナ) 利用者氏名	_____ ㊟		性別	男 ・ 女											
メールアドレス															
ログイン名															

- ※ 上記の必要項目にご記入・押印の上、PDF にして、協議会事務局あてに電子メールで提出願います。
- ※ メールアドレスについては、本システム運用の統計・連絡手段として利用する予定であり、この目的以外に使用しません。
- ※ この申請書は、利用希望者 1 名につき 1 枚提出してください。ただし、利用希望者が複数いる場合は、「利用者登録用シート」を作成のうえ、電子メールで提出願います。
(提出先メールアドレスは本票の FAX 受理後、事務局からお知らせします)

【にしたま医療ネットワーク事務局】

西多摩医師会 メール：info@nishitama-med.or.jp 電話：0428(23)2171 FAX：0428(24)1615