

利用者 ID 抹消届

泉州南部診療情報ネットワーク運営協議会長 殿

利用者 ID を抹消したいのでお願いいたします。

20 年 月 日

ふりがな

施設名 :

代表者 : (役職・氏名)

(開設者
または管理者)

施設住所 :

〒

TEL :

FAX:

E-mail :

(部署)

(氏名)

担当者 :

*医療機関コード

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

代表印

【ID 登録を抹消する者】

1	ID		ふりがな		男・女
			氏名		
	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日	メールアドレス		
2	ID		ふりがな		男・女
			氏名		
	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日	メールアドレス		
3	ID		ふりがな		男・女
			氏名		
	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日	メールアドレス		

(注) 代表者が「なすびんネット利用中止届」(書式6号)を提出した場合は、施設に属するすべての利用者IDが抹消となるため、この書類の提出は必要ありません。

利用者ID登録済みの勤務医等が異動した場合は、この書類を提出してください。

新たな所属先等で登録を希望する場合は、改めて「なすびんネット利用申込書」(書式1号)または「なすびんネット利用者ID追加登録申込書」(書式3号)の提出が必要です。

泉州南部診療情報ネットワーク運営協議会事務局

〒598-8577 大阪府泉佐野市りんくう往来北 2-23

TEL : 072-469-3111 / FAX : 072-469-7929

事務局記入欄

申請受理日 : 20 年 月 日

 利用者 ID 抹消完了日 : (20 年 月 日)