

(様式4_1)

千葉県済生会習志野病院 地域医療連携ネットワークシステム

利用者登録抹消申請書

申請日： 年 月 日

千葉県済生会習志野病院 病院長 殿

地域医療連携ネットワークシステムの利用者登録の取り消しを申請いたします。

【申請者記入欄】

※太枠線内のみご記入ください

フリガナ	
氏名	印
生年月日	年 月 日
施設名	

【お問い合わせ先】

千葉県済生会習志野病院 医療連携室
〒275-8580 千葉県習志野市泉町1-1-1
(TEL)047-473-1281 (代表) (FAX)047-473-1286

-----< 習志野病院使用欄 >-----

(VPN接続)

ID番号	
パスワード	

(処理チェック)

受理日	通知日	台帳記入