

(様式 A9)

地域連携ネットワークシステム「臨海ネット」 利用医削除申請書

東京臨海病院 病院長 殿

私は、臨海ネットの利用医として登録をしておりましたが、このたびこの登録の削除申請をいたします。

申込年月日 西暦 年 月 日

医療機関名

ふりがな

利用医氏名

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

ユーザID

削除申請の理由 退職・廃業・死亡・その他()

※ 理由が死亡の場合、申請者氏名を下記にご署名ください

申請者氏名

※ 以上の内容を記載のうえ、下記までFAX または郵送ください。

(東京臨海病院記載欄)

解除担当者名

㊞

設定解除

日付

【事務局】 〒134-0086

東京都江戸川区臨海町 1-4-2

東京臨海病院 医療連携室

(電話)03-5605-8811(代表) (FAX)03-5605-7182(直通)