（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

利用医氏名

ふりがな

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）

**日付**

解除担当者名

**設定解除**

【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）