## **様式第３号（第５条関係）利用者登録廃止届**

### **豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用者登録廃止届**

豊橋市民病院 　院長 様

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムの利用を取り止めるため、利用者登録廃止の

届出をします。

**申請日： 年 月 日**

フ リ ガ ナ

**医師名： 生年月日： 年 月 日**

**医療機関名：**

**〒**

**所在地：**

**電 話：( ） - ＦＡＸ：( ) -**

**＜利用者登録廃止の届出者様へ＞**

**本書は、豊橋市民病院患者総合支援センター・地域連携担当へ**

**ＦＡＸ（０５３２－３３－３０３７）送信後、郵送等にてご提出ください。**

（豊橋市民病院取扱欄） ＜廃止＞

受理日： 年 月 日

登録日： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 受付者 | 作業者 |
|  |  |