

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