

岩手中部地域医療情報ネットワークシステム施設退会申込書

特定非営利活動法人岩手中部地域医療情報ネットワーク協議会 会長 様

岩手中部地域医療情報ネットワークシステムから施設の退会を申し込み致します。

※下記、太枠部分をご記入ください。

施設情報記入欄	
申請日	年 月 日
施設名	フリガナ
施設管理者名	フリガナ 印

本書をコピーしたものを控えとして施設で管理してください。

(事務局取扱欄)

施設退会申込書受理日 : \_\_\_\_\_年 月 日  
システムからの施設情報削除日 : \_\_\_\_\_年 月 日  
システム利用環境撤収日 : \_\_\_\_\_年 月 日