様式４

**市立八幡浜総合病院**

**地域医療情報連携ネットワーク利用中止届**

市立八幡浜総合病院　院長　殿

市立八幡浜総合病院地域医療情報連携ネットワークの利用を中止したいのでお届けします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出日 |  | | 年 | |  | | 月 |  | | 日 |
| 医療機関名 |  | | | | | | | | | |
| 医療機関コード(７桁) | |  | | | | | | | | |
| 代表者名  ※自署または公印をお願いします | |  | | | | | | | 印 | |
| ＴＥＬ |  | | | ＦＡＸ | |  | | | | |
| 中止理由 |  | | | | | | | | | |

* 閲覧施設がこの書類を提出した場合は、施設に属する利用者ID取得者も同時に全員のID登録を抹消いたします。

【問合せ先】

〒796-8502　八幡浜市大平１番耕地638番地

市立八幡浜総合病院　医事課　地域連携室

TEL　0894-22-3211　FAX　0894-24-2562

✉　 renkei@yawatahama-cgh.jp