

申請日 (西暦) 20 年 月 日

熊本地域医療センター 院長 殿

地域医療連携システム利用停止申請書

以下の理由により熊本地域医療センター地域医療連携システムの利用を停止いたします。

【利用停止理由】

<input type="checkbox"/> 使用しておらず不要なため	<input type="checkbox"/> 利用医師が異動や退職となるため	<input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------------------------	--	----------------------------------

【医療機関情報】

(フリガナ)	
医療機関名	
医療機関住所	〒
電話番号/FAX番号	【TEL】 096 - - /【FAX】 096 - -

【利用停止範囲】

<input type="checkbox"/> 全利用者	<input type="checkbox"/> 一部の利用者 ※以下に停止する利用者の氏名を全てご記入ください
-------------------------------	--

【システム利用停止該当利用者】

1	(フリガナ)	
	利用者氏名	
2	(フリガナ)	
	利用者氏名	
3	(フリガナ)	
	利用者氏名	
4	(フリガナ)	
	利用者氏名	
5	(フリガナ)	
	利用者氏名	

【システム利用代表者情報】

1	(フリガナ)	
	利用代表者氏名	印

【注意事項】

- 「利用停止範囲」で「全利用者」を選択した場合、医療機関に所属する全ての利用者がシステムを利用できなくなります。
- 再度システムの利用を希望される場合は、新規利用と同じく「地域医療連携システム利用申請書兼誓約書」を必要事項を記載の上、当センターへご提出をお願いします。