

## 利用者 ID 抹消届

泉州南部診療情報ネットワーク運営協議会長 殿

利用者 ID を抹消したいのでお願いいたします。

20 年 月 日

ふりがな

施設名：

代表者：（役職・氏名）

（開設者  
または管理者）

施設住所：

〒

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

（部署）

（氏名）

担当者： \_\_\_\_\_

\*医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

代表印

## 【ID登録を抹消する者】

1	ID		ふりがな		男・女
			氏名		
	生年月日	（大正・昭和・平成） 年 月 日	メールアドレス		
2	ID		ふりがな		男・女
			氏名		
	生年月日	（大正・昭和・平成） 年 月 日	メールアドレス		
3	ID		ふりがな		男・女
			氏名		
	生年月日	（大正・昭和・平成） 年 月 日	メールアドレス		

（注）代表者が「なすびんネット利用中止届」（書式6号）を提出した場合は、施設に属するすべての利用者IDが抹消となるため、この書類の提出は必要ありません。

利用者ID登録済みの勤務医等が異動した場合は、この書類を提出してください。

新たな所属先等で登録を希望する場合は、改めて「なすびんネット利用申込書」（書式1号）または「なすびんネット利用者ID追加登録申込書」（書式3号）の提出が必要です。

泉州南部診療情報ネットワーク運営協議会事務局

〒598-8577 大阪府泉佐野市りんくう往来北 2-23

TEL：072-469-3111 / FAX：072-469-7929

事務局記入欄

申請受理日：20 年 月 日

 利用者ID抹消完了日：(20 年 月 日)