

大阪国際がんセンター地域診療情報連携システム
利用停止届

大阪国際がんセンター 総長様

大阪国際がんセンター地域診療情報連携システムの利用を停止しますのでお届けします。

| | |
|--------------|------------------------------|
| 届出日 | 年 月 日 |
| 医療機関名/コード | (ふりがな) (医療機関コード[7桁]) |
| 医療機関 代表者名 | (ふりがな) 自署または押印をお願いします |
| 医療機関 連絡先 | (TEL) (FAX) |
| 利用停止予定日 | 月 日 () 曜日 |
| 停止理由 | |

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日

停止日： 年 月 日