

大阪国際がんセンター地域診療情報連携システム
利用者 I D 抹消申請書

大阪国際がんセンター 総長様

当機関における、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者の I D 抹消を下記の通り申請します。

申請日	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)
(利用者 I D)	(利用者氏名)

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日 登録日： 年 月 日