（様式9）

西予市地域医療情報連携ネットワークシステム「せい坊ネット」

利用医登録削除/利用停止申請書

せい坊ネット管理委員長　殿

　私は、西予市地域医療情報連携ネットワークシステム（せい坊ネット）の利用について、下記の項目について申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請項目  （どちらかに✓を入れてください。） | □利用医登録削除申請  □利用停止申請 |
| 申請日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 利用医氏名 |  |
| 利用医ID |  |
| 申請理由 | □退職　　□廃業　　□死亡  □その他： |
| 代理申請者氏名  （申請理由が死亡の場合） | （続柄：　　　　　　　　　） |

＊上記の内容を記載の上、下記までFAXの上、原本をご郵送ください。

（西予市記載欄）

設定変更担当者名：

設定変更年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日

【送付先】

西予市医療介護部医療対策室

〒797-8501

西予市宇和町卯之町三丁目434番地１

TEL：0894-62-6424　FAX:0894-62-6564