

(様式 9)

西予市地域医療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】

西予市生活福祉部健康づくり推進課

医療介護推進室

〒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