**様式6**

**アカウント登録中止依頼書**

*在宅医療支援センター　宛*

令和　　年　　月　　日

登録を中止するアカウントについて、該当箇所に○をし、下記の項目をご記入ください。

（　　　）　所属機関アカウント

（　　　）　個人アカウント

①所属機関アカウントを登録中止する場合に記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関／所属事業所 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |
| 医療機関・事業所名 |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |
| 管理者名 | 印 |
| 電話番号 |  |

②個人アカウントを登録中止する場合に記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | (フリガナ) | (医療機関・所属事業所名) |
| (氏　名) | （職種） |
| 2 | (フリガナ) | (医療機関・所属事業所名) |
| (氏　名) | （職種） |
| 3 | (フリガナ) | (医療機関・所属事業所名) |
| (氏　名) | （職種） |

※「所属機関アカウント」「個人アカウント」の両方を登録中止する場合は、①②をご記入ください。

記入後、FAXにて下記までお知らせください。

送信先(問合せ先)：川内市医師会在宅医療支援センター

FAX：0996-22-8114

2019年5月1日　第2版