

# 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、該当箇所には○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	(フリガナ)	●●クリニック
	医療機関・事業所名	●●クリニック
	(フリガナ)	センダイ イチタロウ
	管理者名	川内 一太郎 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) センダイ ニタロウ	(医療機関・所属事業所名)
	(氏名) 川内 二太郎	(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