

# 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