

(様式6_1)

日本医科大学千葉北総病院 日医大連携ネットワークシステム

利用者登録抹消申請書

申請日： 年 月 日

日本医科大学千葉北総病院 病院長 殿

地域医療連携ネットワークシステムの利用者登録の取り消しを申請いたします。

【申請者記入欄】 ※太枠線内のみご記入ください

フリガナ	
氏名	印
生年月日	年 月 日
施設名	

【お問い合わせ先】

日本医科大学千葉北総病院 医療連携支援センター
〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715
(TEL) 0476-99-1810 (直通) (FAX) 0476-99-1991

-----< 千葉北総病院使用欄 >-----

(VPN接続)

ID番号	
パスワード	

(処理チェック)

受理日	通知日	台帳記入