

厚生中央医療情報ネットワーク

利用【停止】申請書（参加施設用）

総合病院 厚生中央病院 病院長 殿

厚生中央医療情報ネットワークの利用停止を申請します。

【参加施設記入欄】

申請日 :西暦 年 月 日

申請区分	利用の停止
施設区分	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）
医療機関コード 介護保険事業所番号	<input type="checkbox"/> 医療機関コード <input type="checkbox"/> 介護事業所番号 <input type="checkbox"/> なし
施設名	
代表者氏名	
システム担当管理者	<input type="checkbox"/> ※代表者参加施設の責任者と同様の場合はチェックを入れてください、
メールアドレス	
施設所在地	〒 -
電話番号	() —
FAX 番号	() —
理由	

【当院記載欄】

【受付窓口・郵送】 → 【医療情報管理室】

受付受理日 西暦 年 月 日

システム登録日 西暦 年 月 日

室長

医情報室

システム登録