

JCHO大阪病院地域医療連携ネットワークシステム退会申請書

JCHO大阪病院 院長 様

「地域医療連携ネットワークシステム（大阪病院ネット）利用者規定」について同意の上、下記の通り大阪病院ネットの退会を希望いたします。

申請	申請日	年 月 日
	申請区分	<input type="checkbox"/> 登録医療機関 <input type="checkbox"/> 利用者 (退会希望日 月 日)
施設情報	医療機関 名称	(ふりがな)
	医療機関コード	
	医療機関 住所	
	電話 / FAX	(TEL) (FAX)
特記事項		

※利用者の退会の場合は下記へご記入ください。

利用者①	担当者 氏名	(ふりがな)
	職種	医師 看護師 事務 その他 ()
利用者②	担当者 氏名	(ふりがな)
	職種	医師 看護師 事務 その他 ()
利用者③	担当者 氏名	(ふりがな)
	職種	医師 看護師 事務 その他 ()
利用者④	担当者 氏名	(ふりがな)
	職種	医師 看護師 事務 その他 ()

(地域医療支援センター記入欄) 受付日： 年 月 日 / 登録日： 年 月 日