

## 「利用者ID抹消届」

栃木県地域医療連携ネットワークシステム協議会長 様

利用者IDを抹消したいのでお届けします。

20 年 月 日

施設名：

\*医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

代表者：(役職名)

(氏名)

(開設者または管理者)

印

TEL：

FAX：

## 【ID登録を抹消する者】

No.	ID登録者	性別	種別	生年月日	利用者ID	ID登録抹消理由	事務局記入欄
1		男 ・ 女	開設者 管理者 勤務医	(大正・昭和・平成) 年 月 日			抹消日 /
2		男 ・ 女	開設者 管理者 勤務医	(大正・昭和・平成) 年 月 日			抹消日 /
3		男 ・ 女	勤務医	(大正・昭和・平成) 年 月 日			抹消日 /
4		男 ・ 女	勤務医	(大正・昭和・平成) 年 月 日			抹消日 /

(注) 代表者が「とちまるネット利用中止届」(様式4号)を提出した場合は、施設に属するすべての利用者IDが抹消となるため、この書類の提出は必要ありません。

利用者ID登録済みの勤務医等が異動した場合は、この書類を提出してください。

新たな所属先等で登録を希望する場合は、改めて「とちまるネット利用申込書」(様式1号)の提出が必要です。

栃木県地域医療連携ネットワークシステム協議会事務局

〒320-8503 宇都宮市駒生町3337-1 とちぎ健康の森4階(栃木県医師会内)

TEL：028-622-2655/FAX：028-624-5988

事務局取扱欄

申請受理日： 20 年 月 日

□利用者ID抹消完了日：( 20 年 月 日 )