

いしかわ診療情報共有ネットワーク利用変更申請書

ゲートウェイ公開機関の長 様

「いしかわ診療情報共有ネットワーク」利用申請の内容に変更が生じたので届け出ます。

フリガナ 施設名	
フリガナ 施設長名	印
所在地	(〒 -)
変更内容	変更項目 <input type="checkbox"/> 施設名 <input type="checkbox"/> 施設長名 <input type="checkbox"/> 所在地 <input type="checkbox"/> 事業者区分 <input type="checkbox"/> 利用責任者 <input type="checkbox"/> その他 変更前 変更後 変更日 令和 年 月 日 変更理由等

利用 責任 者	所属部署	
	フリガナ 氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	

※ 変更した場合は、変更後の利用責任者

※ 本書類は、利用を希望するゲートウェイ公開機関へ提出して下さい。

以下 ゲートウェイ公開機関記入欄

上記のとおり承認する。

令和 年 月 日

ゲートウェイ公開機関の長 印