

いしかわ診療情報共有ネットワーク利用停止届

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」の利用を停止するので届け出ます。

|              |                                            |
|--------------|--------------------------------------------|
| フリガナ<br>施設名  |                                            |
| フリガナ<br>施設長名 | 印                                          |
| 所在地          | (〒        -        )                       |
| 停止する日        | 令和        年        月        日<br><br>停止理由等 |

|                       |            |  |
|-----------------------|------------|--|
| 利<br>用<br>責<br>任<br>者 | 所属部署       |  |
|                       | フリガナ<br>氏名 |  |
|                       | 電話番号       |  |
|                       | FAX番号      |  |
|                       | メールアドレス    |  |

※ 本書類は、利用を申請したゲートウェイ公開機関へ提出して下さい。