

令和 年 月 日

いしかわ診療情報共有ネットワーク情報提供停止・脱退届

いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会長 様

「いしかわ診療情報共有ネットワーク」
（への情報提供を停止する）
（の参加を取り止める）
ので届け出ます。

ワガナ 施設名	
ワガナ 施設長名	印
所在地	(〒 -)
停止等する日	令和 年 月 日
	理由

利 用 責 任 者	所属部署	
	ワガナ 氏名	
	電話番号	
	F A X 番号	
	メールアドレス	