

## 利用者 I D 情報変更申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 殿

私は、福島県医療福祉情報ネットワーク協議会に登録した利用者 I D 情報の変更を申請します。

申請日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

変更日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者 I D \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (改名の場合は旧氏名)

変更項目のみ記載して下さい。

所属施設名 _____ (所属施設名は同一法人内の異動の場合に記載して下さい。例えば、別の店舗への異動など) ふりがな _____ 氏名： _____ 男・女 (改名の場合は新氏名) 施設住所： 〒 _____ 生年月日： 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※ ・医師 ・薬剤師 ・看護師 ・その他 ( ) 該当職種を○で囲んでください。 ※医師の方は専門診療科の記載をお願いします。 診療科： _____ Eメールアドレス： _____ @ _____
---

本書を協議会事務局に F A X して下さい。 F A X : 0 5 0 - 3 7 3 0 - 0 1 2 8

【事務局】 〒960-8036 福島県福島市新町 4 番 22 号 福島県医師会館 1F  
 フリーダイヤル：0120-578-818 電話：024-525-8818 FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄

- 利用者 I D 情報変更申請書受理日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 利用者 I D 情報変更申請承認、システムへの登録日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 利用者 I D : \_\_\_\_\_
- 利用者 I D 情報変更登録完了通知書送付日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日