

## キビタン健康ネット 利用者 I D 抹消申請書

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

キビタン健康ネットの利用者 I D の抹消を申請します。

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

抹消日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所属施設名： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ F A X : \_\_\_\_\_

所属施設長：自署または公印 \_\_\_\_\_

(以下申請者情報：所属施設長自身の申請の場合もご記入ください。)

ふりがな 氏名： _____ 利用者 I D : _____ Eメールアドレス： _____ @ _____
---

利用規約に則った処理を行い、ご連絡を差し上げます。

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 抹消申請書受理日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 利用者 I D 抹消申請承認、システムへの I D 削除日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 利用者 I D 抹消完了通知書送付日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日