福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式４

キビタン健康ネット　利用者ＩＤ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　様

 キビタン健康ネットの利用者ＩＤの抹消を申請します。

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

抹消日：令和　　　年　　　月　　　日

所属施設名：

電話：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

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ＩＤ：　F　　　　　　　　　　（不明な場合は省略可） |

利用規約に則った処理を行い、ご連絡いたします。

本書を協議会事務局にＦＡＸして下さい。　　　**ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８**