

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

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：令和 年 月 日

変更日：令和 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：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。 FAX : 050-3730-0128

【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 : 令和 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 : 令和 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 : 令和 年 月 日