

ケアキャビネット利用停止申請書

年 月 日

医療ネットワーク岡山協議会長 殿

晴れやかネットの多職種連携ツール「ケアキャビネット」の利用を申し込んでおりましたが、次のとおり利用を停止します。

施設名 : _____

郵便番号 : 千 _____

所在地 : _____

代表者役職・氏名 : _____ 印

連絡担当者
所属 : _____ 氏名 : _____

T E L : _____ F A X : _____

メールアドレス : _____

【利用停止者】

No.	職種	氏名	フリガナ(半角カナ)	性別	停止理由	停止日 <small>※停止希望日がある場合記入</small>
1						
2						
3						
4						
5						

(事務局取扱欄)

受理日: 年 月 日