様式４

**徳島赤十字病院地域連携ネットワーク**

**利用者ID変更・抹消届**

徳島赤十字病院院長　殿

医療機関名：

当医療機関は、徳島赤十字病院地域連携ネットワークの利用者の変更・抹消を下記のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分  **（例）** | 利用者ID | 利用者氏名 | 備考（変更の場合内容記載） |
| 変更・抹消 | 99999 | 日赤　太郎 | 退職のため |
| 変更・抹消 |  |  |  |
| 変更・抹消 |  |  |  |
| 変更・抹消 |  |  |  |
| 変更・抹消 |  |  |  |
| 変更・抹消 |  |  |  |

**徳島赤十字病院**　地域医療連携課

〒773-8502　小松島市小松島町字井利ノ口103番

TEL：0120-503-743　FAX：0120-308-739