様式５

**徳島赤十字病院地域連携ネットワーク利用中止届**

徳島赤十字病院院長　殿

徳島赤十字病院地域連携ネットワークの利用を中止したいのでお届けします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出日 |  | | 年 | |  | | 月 |  | | 日 |
| 医療機関名 |  | | | | | | | | | |
| 医療機関コード(７桁) | |  | | | | | | | | |
| 代表者名  ※自署または公印をお願いします | |  | | | | | | | 印 | |
| ＴＥＬ |  | | | ＦＡＸ | |  | | | | |
| 中止理由 |  | | | | | | | | | |

※閲覧施設がこの書類を提出した場合は、施設に属する利用者ID取得者も同時に全員のID登録を抹消いたします。

**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