

キビタン健康ネット 利用者 I D 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 I D 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： _____ F A X : _____

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 I D : 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 F A X して下さい。 F A X : 0 5 0 - 3 7 3 0 - 0 1 2 8

【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
電話：024-525-8818 FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 利用者 I D 抹消申請書受理日 | ： 令和 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> | 利用者 I D 抹消申請承認、システムへの I D 削除日 | ： 令和 | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> | 利用者 I D 抹消完了通知書送付日 | ： 令和 | 年 | 月 | 日 |