福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式３－１

利用者ＩＤ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　様

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ＩＤ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ＩＤ 　 Ｆ

氏　　名　　 （改名の場合は旧氏名）

以下、枠内は変更項目のみ記入して下さい。

|  |
| --- |
| 所属施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属施設名は同一法人内の異動の場合に記入して下さい。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Ｅメールアドレス：　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　 |

本書を協議会事務局にＦＡＸして下さい。　　　**ＦＡＸ：０５０－３７３０－０１２８**