

様式第4号（情報閲覧機関、ケア関連利用施設用）

令和 年 月 日

いしかわ診療情報共有ネットワーク利用停止届

いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会長 様

「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の利用を停止するので届け出ます。

ワガナ 施設名	
ワガナ 施設長名	印
所在地	(〒 -)
停止する日	令和 年 月 日 停止理由等

利 用 責 任 者	所属部署	
	ワガナ 氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	

※ 本書類は、地域事務局を経由して協議会へ提出して下さい。