

福大西新みえるネット利用中止届出書

福岡大学西新病院長 殿

年 月 日

医療機関（施設）名 _____

施設長名 _____ (印)

当施設所属の下記利用者が、「福大西新みえるネット」の利用中止を願い出ておりますのでお届けいたします。

記

所属（診療科） _____

(ふりがな)
利用者氏名 (自署) _____

生年月日：西暦 _____ 年 月 日 / 性別： 男性 ・ 女性

ID _____

電話番号（連絡先） _____

以上

以下 西新病院記入欄

受 理 日： _____ 年 月 日 担当者： _____

中止設定日： _____ 年 月 日 担当者： _____