（様式３）

令和　　年　　月　　日

船橋市長　あて

船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システム

使用停止依頼書

船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システムについて、以下の者の使用の停止を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関・事業所情報 | （フリガナ） |  |
| 医療機関・事業所名称 |  |
| （フリガナ） |  |
| 代 表 者 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 使用を停止する者 | 停止事由発生年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| （フリガナ） |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 職　種 |  |

○　記入欄が不足する場合には、複写して依頼してください。

**本件に関する問合せ先　担当者　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ**