

(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 _____