

事業所

(事務局) 大崎市在宅医療・介護連携支援センター保管

<別紙様式3>

おおさき地区医介連ネットワークシステム退会届

令和 年 月 日

大崎市医師会
会長 佐藤 寛 様

(届出者)

事業所名 _____

氏 名 _____

連絡先電話番号 _____

おおさき地区医介連ネットワークシステムについて、令和 年 月 日付けで、下記の通り退会します。

記

【退会する利用者情報】

No.	氏 名	性別	MCS ID (登録メールアドレス)	管理者 (該当者に○)
1	【退会理由】			
2	【退会理由】			
3	【退会理由】			
4	【退会理由】			
5	【退会理由】			

※本届出日よりおおさき地区医介連ネットワークシステムの利用は中止してください。事務局が本届け出を受理後に、メディカルケアステーションに事業所の利用停止について依頼する。

グループ管理者に該当する方が退会する場合は、他メンバーに管理者を交代したのちに、利用停止の処理が可能になりますので、その際は、「管理者が行える操作マニュアル」に従って行うものとする。

【提出先】 〒989-6136

大崎市古川穂波六丁目30-35

大崎市在宅医療・介護連携支援センター

Tel 0229-25-5376

Fax 0229-25-5378

E-mail shien17@vesta.ocn.ne.jp