

(様式3)

「福来たネット」施設利用廃止届出書

一般社団法人 福島市医師会長 殿

「福来たネット」の施設利用を廃止したいので届け出いたします。

■利用施設記入欄

申 請 日	平成 年 月 日
施 設 名	
施 設 長 名	
システム管理者名	
廃 止 理 由	
※今後の改善に利用 しますので、可能な限 り記入してください。	

本書を事務局にFAXで送信してください。

事 務 局	一般社団法人 福島市医師会 TEL : 024-534-2290 FAX : 024-534-2291 〒960-8002 福島市森合町10番1号 福島市保健福祉センター3階				
事 務 局 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 受理日	平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 承認⇒処理日	平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 作業完了通知書送付日	平成	年	月	日

Ver1.0

(様式3)

「福来たネット」施設利用廃止届出書 (記入例)

一般社団法人 福島市医師会 会長 殿

「福来たネット」の施設利用を廃止したいので届け出いたします。

■ 利用施設記入欄

申請日	平成 28 年 7 月 1 日
施設名	(一社) 福島市医師会病院
施設長名	会長 医師会 太郎
システム管理者名	情報管理課長 情報 一郎
廃止理由	●●●●●●●●●●のため
※今後の改善に利用 しますので、可能な限り 記入してください。	

本書を事務局にFAXで送信してください。

事務局	一般社団法人 福島市医師会 TEL : 024-534-2290 FAX : 024-534-2291 〒960-8002 福島市森合町10番1号 福島市保健福祉センター3階
事務局 記入欄	<input type="checkbox"/> 受理日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 承認⇒処理日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 作業完了通知書送付日 平成 年 月 日