

南空知医療・介護多職種連携情報共有システム
利用者アカウント停止依頼書

南空知医療・介護多職種連携情報共有システム運用管理者 御中

本システムを通じて知り得た事項を業務外で口外しないことに同意の上、以下のとおり南空知医療・介護多職種連携情報共有システムの停止を依頼します。

届出日： 年 月 日

申請者				
事業所・機関名				
利用者情報	氏名／職種	(ふりがな)	職種	
	ID※1			
	停止の理由	1 職場の異動・退職 2 利用しないため 3 その他 ()		

※1 利用登録時に提供されたIDです。