

## 須高医療連携ネットワーク利用中止届

長野県立信州医療センター院長 様

須高医療連携ネットワークの利用を中止したいので以下のとおり依頼します。

届出日	年	月	日
医療機関名			
医療機関コード(7桁)			
代表者名 ※自署または公印をお願いします			印
TEL		FAX	
中止理由			

※閲覧施設がこの書類を提出した場合は、施設に属する利用者 ID 取得者も同時に全員の ID 登録を抹消いたします。

須高医療連携ネットワーク事務局：  
長野県立信州医療センター

地域医療福祉連携室

〒382-8577 長野県須坂市大字須坂 1332

TEL：026-245-1650（代表） FAX：026-248-3240