

ふくいみまもりSNS 利用解除申込書(事業所用)

ふくい医療情報連携システム運営協議会事務局 御中

ふくいみまもりSNSの利用の解除を申請します。

申請日	年 月 日		
事業所コード (10桁)			
施設名			
郵便番号	〒 ー		
所在地	福井県		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス	@		

(事務局取扱欄)

☐解除届出受理日 : 年 月 日 (郵送 ・ FAX ・ その他)☐SNS解除日 : 年 月 日

事務局受付済	事務局責任者	協議会公印
日付 /	日付 /	日付 /