様式３

Ver.2

**医療・介護連携情報共有ネットワーク**

**いーな電子＠連絡帳**

**利用中止届**

私は、いーな電子＠連絡帳に登録していましたが、利用の中止を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| **申込年月日** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **フリガナ** |  | 性別（該当するものに〇） |
| **氏　名** |  | 男　・　女 |
| **生年月日** | 大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　　日 | 電話番号 |
|  |
| **住　所** | （〒　　　　-　　　　　　） |
| **代理人署名※** |  | 本人との関係 | 代理人電話番号 |
|  |  |

※本人が自署できない場合は家族、後見人等が記載してください。本人が記載できる場合は不要です。

**【受付施設記入欄】**

|  |  |
| --- | --- |
| **受付年月日** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **医療機関・介護保険事業所名称** |  |
| **氏　名** |  |

※申し込みを受けた者は原本を保管し、登録者に写しをお渡しください。事務局には写しを提出してください。

【いーな電子＠連絡帳事務局処理欄】

|  |
| --- |
| いーな電子＠連絡帳処理日 |
|  |