

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○) |
| 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 |
| |