

旭川市医師会医療介護連携 ICT ネットワーク利用停止依頼書

旭川市医師会医療介護連携 ICT ネットワーク事務局 御中

以下の通り、旭川市医師会医療介護連携 ICT ネットワークの停止を申込みます

申込日		年	月	日
利用者 印	団体名			
	部署			
	契約者氏名			
	メールアドレス			
	電話番号			

停止にあたり、下記事項に同意いたします。

1. 停止後、これまで入力されたデータは削除され、後日、再申込を行っても削除されたデータからの再開はできない。
2. 医療介護連携 ICT ツールを用いた多職種連携情報共有システムを通じて知り得た事項を業務外で口外しない

以上同意の上、バイタルリンクを用いた多職種連携情報共有システムの停止を申込みます。

申請者名 _____

【事務局取扱い欄】

申請書の受理日 年 月 日

抹消日 年 月 日