

令和 年 月 日

施 設 名			
事業者区分	☐ 医療機関 ☐ 調剤薬局	☐ 訪問看護ステーション ☐ その他（	☐ 居宅介護支援事業所 ）

フリガナ 利用者名（自署）	
代理人記入の場合	代理人氏名（自署）
責任区分	☐ 利用責任者（様式 1 に記載の者、1 施設 1 人必須） ☐ 利用者
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
I D（ログイン名）	

令和 年 月 日に、上記利用者の削除が完了しましたので、お知らせします。

上記のとおり承認する。 令和 年 月 日 ハートネットホスピタル運営委員会担当チーフ	<table border="1"> <tr> <th>担当 チーフ</th> <th>担当サブ チーフ</th> <th>担当サブ チーフ</th> <th>事務局長</th> <th>担当者</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	担当 チーフ	担当サブ チーフ	担当サブ チーフ	事務局長	担当者					
担当 チーフ	担当サブ チーフ	担当サブ チーフ	事務局長	担当者							

受理日	令和 年 月 日
整理番号	
担当	

金沢市医師会 ハートネットホスピタル事務局
〒920-0912 金沢市大手町3-21
TEL 076-263-6070
FAX 076-223-7079
Email hnh@kma.jp
受付 9時～17時 月～金（祝日除く）