・利用者が自署できない場合は、利用責任者が代わりにご記入ください。

ハートネットホスピタル 利用者削除申請書

令和 年 月 日

「ハートネットホスピタル」に以下の利用者が参加しておりましたが、都合により削 除願います。

施 設 名					
事業者区分	□医療機関	□訪問看護ステーション	口居宅:	介護支援事業	業所、
	□調剤薬局	口その他()
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 □利用者	(様式1に記載の者	、1施設1.	人必須)	
生年月日	明治・大正・	・昭和・平成	年	月	日
ID(ログイン名)					

以下 金沢市医師会 記入欄

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

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)