別紙（第１２条関係）

八尾市立病院　病院・診療所・薬局連携ネットワークシステム取り消し申請書（あて先）八尾市立病院　病院長

八尾市立病院　病院・診療所・薬局連携システムへの参加の取り消しを希望いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申し込み日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 取り消しする者 | （ふりがな） |
| ふりがな |  |
| 医療機関名（薬局名） |  |
| 医療機関コード（７桁） |  |
| 代表者または開設者 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 理由 |  |

受付

係長

課長補佐

課長

病院長