

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	
F A X	
メールアドレス	
理由	

受付	係長	課長補佐	課長	病院長