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 | 局長 | 病院長 |
|  |  |  |  |  |  |