さくらネット退会届（職員）

退会届

私は、下記の医療施設においてさくらネットに参加申請し、診療情報の共有を同意しておりましたが、この度、参加申請を撤回します。

退会申請日　：　平成　　年　　月　　日

施 設 名　：

（〒　　－　　）
施設住所　：

電話番号　：　　FAX 番号　：

ふりがな
利用者氏名　：　　性別　男　・　女

生年月日　：　昭和　・　平成　　年　　月　　日

メールアドレス：　　@

ログイン名　：　　パスワード：
（半角英数字 5 文字以上でお願いします）　（半角英数字 5 文字以上でお願いします）

退会理由
□　一身上の都合
□　利用する機会がなくなった
□　その他　（　　）

さくらネット事務局:いちき串木野市医師会立脳神経外科センター　地域連携室
Tel：0996-32-9999　FAX：0996-32-0496
Email:　ik-support@i-sakuranet.jp