

様式 3

## 情報連携システム ID 停止依頼書

### カナミックネットワーク会員情報

貴社名	一般社団法人 吉野川市医師会
ご担当者名	岸田
ご連絡先電話番号	

\*\*\*\*\*情報共有システム ID 停止先情報\*\*\*\*\*

ご記入日： 平成 年 月 日

※法人名もご記入ください

法人情報	(フリガナ) 法人名	
	(フリガナ) 代表者名	印
	住 所	〒
	電話番号	

No.	(フリガナ) システム利用者氏名	職 種 等 ※介護事業所の場合は事業所名・事業所番号もご記入ください
1	(フリガナ)	職種 ( 医師・看護師・ケアマネジャー ・その他: )
	(氏 名)	介護事業所名 : 介護事業所番号:
2	(フリガナ)	職種 ( 医師・看護師・ケアマネジャー・ ・その他: )
	(氏 名)	介護事業所名 : 介護事業所番号:
3	(フリガナ)	職種 ( 医師・看護師・ケアマネジャー ・その他: )
	(氏 名)	介護事業所名 : 介護事業所番号:

### ◆ 情報連携システム ID 停止年月日【平成 年 月 日】

※上記停止年月日が空欄の場合は、即日の停止といたしますので予めご了承ください。

【ご注意】 ID 停止年月日の翌日より、情報連携システムに参加することができなくなりますが、各コミュニティおよびケアレポートには参加しているように見えるため、各コミュニティおよびケアレポートの参加終了期間を設定してください。