

## あいしんネット（医用画像地域連携ネットワーク）

### 参加登録撤回申請書（医療機関用）

大分愛心ネット（以下あいしんネット）（医用画像地域連携ネットワーク）（以下、当ネットワークという）の利用に際し、当ネットワークの運営管理規定に同意の上、参加登録を申請していましたが、今回登録申し込みを撤回します。

＜ 参加登録撤回申請 ＞

◆申請先（宛先）：国立病院機構 大分医療センター 御中

\* 以下の項目について申請者にて記入願います。

申請日:	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (*当申請書の作成日を記入)		
施設名称: (フリガナ)	_____ ( _____ )	総病床数	_____ (床)
医療機関コード:	_____		
開設者氏名: (フリガナ)	_____ ( _____ )	院長氏名: (フリガナ)	_____ ( _____ )
性別:	( 男 ・ 女 )	性別:	( 男 ・ 女 )
所属医師会:	<input type="checkbox"/> 加入済/医師会名: _____		<input type="checkbox"/> 未加入
E-mail アドレス:	_____		
電話番号:	_____ . _____ . _____	FAX 番号:	_____ . _____ . _____
住 所: (フリガナ)	〒( _____ )-( _____ ) _____ ( _____ )		
当ネットワークの運営管理規定に同意し登録していましたが、今回参加登録撤回申請を致します。		院長氏名: (* 自署)	_____ 印

\* 記入漏れや、押印漏れのないことを確認の上、送付願います。

\* 登録撤回申請書を受理後、当ネットワークへの接続に必要なアクセス(アカウント)ID やパスワードなど破棄させていただきます。

\*\*\*\*\*以下は記入しないで下さい\*\*\*\*\*

撤回受付	登録抹消	抹消通知	Account ID	
			Log in P/W	
			登録機関名	
			その他	