

様式 4

NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステム
利用者 ID 変更・抹消届

NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステム運用管理者 殿

医療機関名： _____

届出日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

当医療機関は、NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステムの利用者の変更・抹消を下記のとおり申請いたします。

区分	利用者 ID	利用者氏名	備考（変更の場合内容記載）
(例) 変更・抹消	99999	山田 太郎	通院先変更の為
変更・抹消			
変更・抹消			
変更・抹消			
変更・抹消			

NTT 東日本札幌病院

医療情報システム担当

〒060-0061 札幌市中央区南1条西15丁目

TEL：011-623-7000 (内線 7567)

FAX：011-623-7527

Mail：smc-system-ml@east.ntt.co.jp