



(様式 4-1)

## 診療情報地域連携システム(ピカピカリンク)退会届

管理担当者 様

診療情報地域連携システム(ピカピカリンク)を退会します。

届 出 日	令和 年 月 日
退 会 希 望 日	令和 年 月 日から
入 会 日	平成 令和 年 月 日 (受付 )
施 設 名	
住 所	〒
ふりがな	
開設者氏名	
ふりがな	
代表者氏名	Ⓜ (公印を押して下さい)
ふりがな	
担当者氏名	
E-mailアドレス	
ホームページ アドレス	
T E L 番 号	
F A X 番 号	

受理医療機関記入欄		申請受付印
届 出 受 理 日	令和 年 月 日	
医 療 機 関 名		
所 属 ・ 担 当 者 名		

※ 受理医療機関については、記入後、コピーの1部を届出医療機関に返却し、もう1部を委託業者にFAX送信して下さい。

委託業者： 特定非営利活動法人 佐賀県CSO推進機構

F A X 0952-26-2227