



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No.)
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		

※ 受理医療機関においては、受理受付記入後に委託業者へ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 0952-43-3099