**診療情報地域連携システム(pica pica LINK)退会届**

（様式 ４－１）

**情報管理責任者　様**

**診療情報地域連携システム（pica pica LINK）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（薬 局 名） |  |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| ふ り が な |  |
| 開 設 者氏 名(法人にあたっては、名称及び代表者の氏名) | ㊞（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。

特定非営利活動法人　佐賀県CSO推進機構　　　ＦＡＸ　０９５２－４３―３０９９