



(様式 4-1)

診療情報地域連携システム(pica pica LINK)退会届

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)	⑩ (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