

申込先：名寄市医療介護連携ICT事務局（健康福祉部地域包括支援センター）

名寄市医療介護連携ICT：TEAM内共有掲示板「市立病院⇄事務局」

FAX：01654-9-2089（名寄市地域包括支援センター行）

## 名寄市医療介護連携ICT中止申請書

私は名寄市医療介護連携ICTに加入をしていましたが、次の理由により中止を申請します。すみやかに私の医療介護情報へのアクセスを終了してください。

（太枠内を記入してください）

申込日	令和 年 月 日		
申込者氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日
申込者住所	名寄市		
介護保険被保険者番号			
中止する理由	①自己都合 ②利用者の死亡 ③利用者の市外転出や市外施設入所 ④その他（ )		
代理記入者	氏名：	続柄：	電話番号：

事務局記入欄

受付日：

担当者：