

様式 2-2 号

県央デルタネット利用者登録内容変更申請書

県央デルタネット協議会代表者 殿

利用者の登録内容の変更を申請します。

申請日	西暦	年	月	日	内 容 変 更	
施設名	施設登録申請書に記載された施設名を記入してください。					
県央デルタネット 施設登録 No.						
住所	〒	—	市			
TEL	()	—	FAX	()	—	
カナ						
代表者名	Ⓜ					

下記の者について利用者登録の変更を申請いたします。

[県央デルタネット利用 ID 登録変更申込者]

カナ			性別	生年月日		
氏名	Ⓜ		男・女	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日		
免許種類等			職種			
システム利用区分	<input type="checkbox"/> ID-Link (医療のみ) ・ <input type="checkbox"/> Team (介護のみ) ・ <input type="checkbox"/> 医療・介護の両方					
申込者の 連絡先	TEL	()	—	FAX	()	—
	E-Mail	@				

県央デルタネット協議会事務局取扱欄

申請受理日	年	月	日	受付事務局	医師会県央デルタネット事務局
変更申請を受け付けましたので、下記のとおり ID 番号を変更しました。					
発行年月日 西暦 年 月 日					
ID-Link ID				Team ID	
パスワード				パスワード	