

利用中止届 (薬局用)

豊中市病院事業管理者 様

下記のとおり、市立豊中病院ネットの利用を中止します。

届出日	年 月 日
薬局名称 ／医療機関コード	(ふりがな) (医療機関コード (7桁) :)
代表者名	(ふりがな) (自署でお願いします)
所在地	〒
連絡先	(TEL) (FAX) (Mail)
中止理由	

【豊中市薬剤師会取扱欄】

受理日 : 年 月 日		承認日 : 年 月 日	
--------------------	--	--------------------	--

※豊中市薬剤師会の承認が分かる書類を添え、原本は市立豊中病院へ郵送してください。

〈提出先〉市立豊中病院 地域医療連携室 〒560-8565 豊中市柴原町 4-14-1 TEL 06-6858-3597 FAX 06-6858-3555			
受理日 : 年 月 日		登録日 : 年 月 日	