様式７　医療・介護関係者用

音更町医療・介護多職種連携情報共有システム
利用者アカウント停止依頼書

音更町医療・介護多職種連携情報共有システム運用管理者　御中

本システムを通じて知り得た事項を業務外で口外しないことに同意の上、以下のとおり音更町医療・介護多職種連携情報共有システムの停止を依頼します。

（届出年月日：　　年　　月　　日）

<table>
<tr><td colspan="2">申　請　者</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">事業所・機関名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">利用停止対象者情報</td><td>氏名／職種</td><td>（ふりがな）
（氏名）</td><td>職種</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td><td>Fax 番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>※ＩＤ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>停止の理由
（○をつける）</td><td colspan="4">１　職場の異動・退職
２　利用しないため
３　その他（　　）</td></tr>
</table>

※　ＩＤは別紙（ユーザーＩＤネーミングルール）を参考に記入。利用申込み時に記載したＩＤです。