

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

利用者 I D 情報変更申請書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 様

私は、福島県医療福祉情報ネットワーク協議会に登録した利用者 I D 情報の変更を申請します。

申請日：令和 年 月 日

変更日：令和 年 月 日

利用者 I D F

氏 名 (改名の場合は旧氏名)

以下、枠内は変更項目のみ記入して下さい。

所属施設名

(所属施設名は同一法人内の異動の場合に記入して下さい。例えば、別の店舗への異動など)

ふりがな

氏名： 男・女 (改名の場合は新氏名)

施設住所： 〒

生年月日： 昭和・平成 年 月 日

Eメールアドレス： @

本書を協議会事務局に F A X して下さい。 F A X : 0 5 0 - 3 7 3 0 - 0 1 2 8

【事務局】 〒960-8036 福島県福島市新町 4 番 22 号 福島県医師会館 1F
電話：024-525-8818 FAX：050-3730-0128

事務局取扱欄

- 利用者 I D 情報変更申請書受理日 : 令和 年 月 日
- 利用者 I D 情報変更申請承認、システムへの登録日 : 令和 年 月 日
- 利用者 I D : _____
- 利用者 I D 情報変更登録完了通知書送付日 : 令和 年 月 日