

退会手続きはご本人がMCSで
アカウントの削除を行ってください

いつつばし連絡帳利用者削除報告書

いつつばし連絡帳事務局 御中

本事業所において、いつつばし連絡帳利用者を削除しましたので、以下のとおり報告いたします。

事業所の名称・
管理者名を記載
してください

和 ○年 ○月 ○日

事業所名 ○○病院

管理者氏名 ○○ ○○

退会者を記載
してください

記

削除者名簿

No.	氏名	管理者 権限	グループ 登録
1	○○ ○○	○	○
2	○○ ○○		○
3			
4			
5			

※管理者権限欄は、管理者権限を付与されている方に○を入れてください。

※グループ登録欄は、いつつばし連絡帳全ユーザーグループに登録されている方に○を入れてください。

事業所



医師会

【提出先】

いつつばし連絡帳事務局(岩国市医師会事務局内)
〒740-0021 岩国市室の木町3-6-11
Tel 0827-21-6135 Fax 0827-22-9218