

飯田下伊那診療情報連携システム[ism-Link]参加中止・取消届出書

令和 年 月 日

飯田下伊那診療情報連携システム事務局 行

飯田下伊那診療情報連携システムについて、参加中止・取消を届け出ます。

届出区分 (いずれかに☑)		☐ 施設閉鎖・脱退 ☐ 利用者取消 ☐ その他()		
法人名				
施設名				
施設責任者 (自署の場合は押印不要)		⑩		
施設住所		〒		
担当部署				
担当者				
電話番号 (内線番号)			FAX 番号	
担当者 E-mail				
(施設責任者又はその代理者) 取消者 1	氏名 (ふりがな)	()		
	生年月日			
	住所			
	職種			
	取消事由・発生日			
取消者 2	氏名 (ふりがな)	()		
	生年月日			
	住所			
	職種			
	取消事由・発生日			
取消者 3	氏名 (ふりがな)	()		
	生年月日			
	住所			
	職種			
	取消事由・発生日			

次ページも必ずご提出ください。

飯田下伊那診療情報連携システム参加中止・取消にかかる調査書

適正なシステム管理のために必要となりますので、以下の調査書も併せてご提出ください。

調査項目	回答欄
施設名及び連絡先	(施設名) (住所) (連絡先 TEL)
主なサービス提供範囲 (いずれかに☑)	☐ 飯田下伊那全域 ☐ 飯田市 ☐ 下伊那郡 (町村名 :)
利用者取消後の 医療職配置数	医師 名 看護師 名 薬剤師 名 PT・OT・ST 名 保健師 名 管理栄養士 名 MSW・PSW 名 臨床心理士 名
利用者取消後の 介護支援専門員配置数	_____ 名
システム環境 ism-Link をインストール済の機器について記入してください。	デスクトップ PC _____ 台 ノート PC _____ 台 モバイル端末 _____ 台 機種名 : _____ ウイルス対策ソフト名 : _____

※ism-Link から脱退する場合にアンインストール作業が必要です。詳細につきましては、運営事務局（飯田市立病院）から別途ご案内いたします。

本様式を事務局（南信州広域連合事務局）までご提出ください。

- ①お急ぎの場合はまず F A X → 0 2 6 5 - 2 1 - 5 1 8 8

- ## ②樣式原本提出

※提出先 (①②とも)

〒395-0003 飯田市上郷別府 3338-8 はにかむべーす A 棟
南信州広域連合事務局 地域医療福祉連携課 医療福祉連携係
「ism-Link 事務局」宛