

阪大病院ネット 利用解除申請書

大阪大学医学部附属病院 病院長 殿

阪大病院ネットの利用解除を申請いたします。

解除申請日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名 : _____

病院長氏名 : _____ (自署もしくは公印をお願いします)

住所 : 〒 _____

担当者

氏名 : _____

部署 : _____

電話番号 : _____

FAX 番号 : _____

メールアドレス : _____

【送付先】

大阪大学医学部附属病院 医療情報部 阪大病院ネット担当者

〒565-0871 吹田市山田丘 2-15

TEL : 06(6879)5900 FAX : 06(6879)5903