申込先：名寄市医療介護連携事務局（健康福祉部地域包括支援センター）

名寄市医療介護連携ICT：TEAM内共有掲示板「市立病院⇔事務局」

FAX：01654-9-2089（名寄市地域包括支援センター行）

名寄市医療介護連携ICT（ポラリスネットワーク）中止申請書

私はポラリスネットワークに加入をしていましたが、次の理由により中止を申請します。すみやかに私の医療介護情報へのアクセスを終了してください。

（太枠内を記入してください）

申込日	令和　　年　　月　　日			
申込者氏名		生年月日	M･T･S　年　月　日	男・女
申込者住所	名寄市		電話番号	
介護保険番号				
中止する理由	①自己都合 ②利用者の死亡 ③その他（　　）			
代理記入者	氏名：　　続柄：　　電話番号：			