（様式３）

市立札幌病院地域医療情報ネットワークシステム

『すずらんネット』ユーザー会参加登録変更届

年　　月　　日

すずらんネット運営管理者　殿

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

以下の『すずらんネット』参加施設情報について、次のとおり変更がありましたので届け出ます。

■参加登録施設

施 設 名	
代表者名	
住　　所	〒
連 絡 先	TEL：　　FAX:

■運用担当者

氏　名	
役　職	
E-mail	

※変更部分のみご記入ください。

事務局受付