

モバカルネット連携【解除】申込書兼同意書

N T T デバイステクノ株式会社

テクニカルサポート 宛

モバカルネット連携機能の解除することに同意し、下記の通り申込み致します。

連携解除希望日※1： 20 年 月 日

連携解除を希望するモバカルネットをご利用の医療機関

クリニックID※3 2

記入日	20 年 月 日		
連携方式 ※2	☐ 情報を開示しない ☐ 情報を受領しない		
法人名・医療機関名			押印欄
フリガナ		役職名	
担当者名		電話番号	

連携解除を希望するモバカルネットをご利用の医療機関

クリニックID※3 2

記入日	20 年 月 日		
連携方式 ※2	☐ 情報を開示しない ☐ 情報を受領しない		
法人名・医療機関名			押印欄
フリガナ		役職名	
担当者名		電話番号	

※1 連携解除希望日について

連携解除希望日は、申込書到着から設定まで5営業日ほど頂いております。ご了承ください。

また、設定解除作業は希望日の1営業日前に行います。

作業完了のご連絡は致しておりません。ご了承くださいますようお願い申し上げます。

※2 連携方式について

情報を開示しない … 自院のモバカルネットを他院に開示せず、他院から提携先としてのログインを不可能とする。

情報を受領しない … 他院のモバカルネットから情報開示を受けず、自院から提携先としてのログインを不可能とする。

※3 クリニックIDについて

クリニックIDは、モバカルネットの設定>利用サービス内容にてご確認ください。

▼ 本申込みについてのお問い合わせ

モバカルネット テクニカルサポート：050-5213-7994

▼ 申込書送付先

FAX：045-450-3359 メール：medical8@ntt-et.co.jp