

院長(当院)殿 石川県医師会会長殿

**登録データの削除申請書**

私は、実証事業について、登録されたデータの削除を申請します。この削除申請により15日以内に自身で登録したものも含めて、データが削除されることに同意します。(なお、データの削除と共に実証事業への参加を取りやめる場合は、「参加同意の撤回届」もご提出ください。)

申請日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ヨミカナ：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

患者さん氏名：\_\_\_\_\_ メールアドレス：\_\_\_\_\_

患者さんの生年月日：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_

住所：〒\_\_\_\_\_

代理の申請者

(患者さんが未成年の場合は保護者、患者さんが自署できない場合は家族または親族)

ヨミカナ：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ 患者さんとの続柄 (\_\_\_\_\_)

会員カード番号    -     -     -    

医療機関受付日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医療機関名：\_\_\_\_\_

受付者氏名：\_\_\_\_\_ 印

-----  
(以下、医療機関事務局使用欄) コピーを患者さんに渡し済  原紙を当院で保管  運営協議会に FAX 済

担当者氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先電話 \_\_\_\_\_