

サポートセンター 御中

### 参加同意の撤回申請書

私は、“厚生労働省委託実証事業「シームレスな健康情報活用基盤実証事業」”  
について、参加の撤回を申請します。

申請日：平成24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： \_\_\_\_\_ 患者との続柄 (\_\_\_\_\_)

医療機関受取日：平成24年\_\_月\_\_日

医療機関名：\_\_\_\_\_

受付者氏名：\_\_\_\_\_