

サポートセンター 御中

登録データの削除申請書

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、登録されたデータの削除を申請します。なお、どこでも MY 病院システ
ムに自身で登録したもの、医療機関等に代行で登録してもらったものは、私自身で
データの削除をします。

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：_____患者との続柄 (_____)

会員カード番号

医療機関受取日：平成____年____月____日

医療機関名：_____

受付者氏名：_____