

院長(当院)殿 石川県医師会会長殿

**参加同意の撤回届**

私は、実証事業に参加同意しましたが、都合により参加の撤回をします。参加の撤回により5日以内に、システムの利用ができなくなる事、自身で登録した内容が見えなくなる事、自身の診療情報を医療機関、薬局で見ることができなくなる事に同意します。

(なお、システムに保存された患者さんのデータ削除も希望される方は、撤回届に加えて「登録データの削除申請書」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 \_\_\_\_\_