
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 _____