

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：_____