

患者情報削除申出書

おおいた医療ネットワーク運営協議会
運用責任者様

私の「おおいた医療ネット」の登録情報削除を申出いたします。

【患者さま記入欄】

記載日	令和 年 月 日		
フリガナ		性別	生年月日
氏名 (自署)		男 女	年 月 日 (歳)
住所			
電話		FAX	
メールアドレス			
代理人による 記載	フリガナ	続柄	
	代理人氏名 (自署)		

※ 患者さまの情報は、この申出書が届き次第速やかに削除を行います。

※ ご不明な点等ございましたらおおいた医療ネットワーク運営協議会事務局までお問い合わせください。

【お問合せ】

おおいた医療ネットワーク運営協議会事務局
〒870-8506 大分市荷揚町6番1号
TEL: 097-576-7150 FAX: 097-576-7151
おおいたネットホームページ: <https://oita-medical.net/>

【施設記入欄】

記載日	令和 年 月 日	患者ID																	
施設名		医療機関番号																	
記入者名		部署																	

※ 1部コピーを取り1部は患者さまの控えとしてお渡ししてください。原本は事務局へお願いいたします。

運営責任者印	事務局受付印