

千葉医療ネットワーク登録同意撤回書

私は千葉医療ネットワークへの参加を取りやめたいので申請いたします。

<患者さん記載欄>

年 月 日

ふりがな

患者さんご氏名 _____

代理人(本人が記載できない場合): _____ 続柄 _____

生年月日 明治・大正 年 月 日
昭和・平成

千葉医療センター患者番号(わかればご記載ください)

—

撤回したい範囲 全体・特定の診療所(_____)

特定の医師(_____)

情報削除後のご連絡先 _____

※※

千葉医療センター 取扱欄

受付日 / 受付者 _____

※※

千葉医療センター

宛先: 〒260-8606 千葉県千葉市中央区椿森 4-1-2 医療情報管理室

FAX: 043-251-5320

情報削除後、ご連絡を差し上げます。