

参加同意取消申請書

NPO法人しまね医療情報ネットワーク協会 理事長 殿

「まめネット」の参加同意を取り消したいので、下記のとおり申請します。

| | | |
|------|-----------------------------------|-----------|
| 申請日 | 年 月 日 | |
| 取消理由 | 1. 診療情報を公開したくない 2. メリットが感じられない | [3.その他] |

※取消理由を記入したくない場合は空欄で結構です。

【申請者】

| | | | | | |
|--------|-----|----|-----|------|--------------------------------|
| ふりがな | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 |
| 氏名(自署) | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| ご連絡先 | TEL | | | | |

| | | |
|----------------------|----|--|
| (代理者記載の場合) 代理者氏名： | 続柄 | |
|----------------------|----|--|

※ まめネットカードの裏面に記載してあるカードの番号を記載して下さい。

| | | | |
|-------------|---|---|--|
| まめネットカード番号： | — | — | |
|-------------|---|---|--|

- ※ 同意取り消し申請書と一緒に「まめネットカード」をご返送ください。
- ※ カードを紛失して番号がわからない場合は、まめネットカード番号欄に「紛失」と記載して下さい。
- ※ 同意の取り消しは、この申請書が届き次第速やかに行います。

※協会使用欄

| | | |
|---------|-------|--------|
| 受付日 | 取消処理日 | カード貼付欄 |
| | | |
| 医療機関連絡日 | | |
| | | |
| 医療機関名 | | 様 |

上記のとおり、参加同意の取り消しの申請がありましたので登録を解除しました。

NPO法人 しまね医療情報ネットワーク協会