



FAX : 011-711-1049

札幌医療情報共有システム協議会 申込撤回届

札幌医療情報共有システム協議会 御中

私は、下記の医療機関から説明を受け「札幌医療情報共有システム協議会」の申し込み申請をしておりましたが撤回します。

【紹介元記載欄】

説明担当者		部署もしくは職種	
医療機関名		患者ID番号	

【患者記載欄】

平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日
患者氏名 (自署)			明・大・昭・平
			年 月 日 歳
患者住所		TEL()	—
(代理人記載の場合・代理人氏名:		続柄 :)	
※代理署名の場合には上記に記載して下さい。 (2親等以内:兄弟姉妹、祖父母、孫)			

作成日 平成25年3月18日

札幌医療情報共有システム協議会 事務局