



# 登録撤回書

## 【患者情報】【必須】

申請日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

ふりがな		性別	男	・	女				
氏名		生年月日	明治	・	大正	・	昭和	・	平成
			年		月		日		
住所	〒 _____ ( ☎ _____ )								

※ 患者本人以外に連絡を希望される場合はご記入ください。

氏名	( 本人との関係 )	患者本人以外の連絡先	〒 _____ ( ☎ _____ )
----	------------	------------	---------------------

撤回の理由等	
--------	--

## 【医療機関・事業所記入欄】【必須】 この欄は施設の方にご記入いただいでください。 ※ゴム印可

担当者名		施設名	
住所	大阪市西淀川区 ( ☎ _____ )		

## 【申請者署名欄】【必須】

私は、上記の担当者から説明を受け、に~よん医療ネットの利用に同意をしておりましたが、撤回いたします。

平成 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

※申請者が患者本人以外の場合(本人との関係: \_\_\_\_\_)