

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	大正・昭和・平成・令和 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