　　　　　　　　　【様式４】

**北見赤十字病院・北海道立北見病院**

**地域連携ネットワーク不同意届**

（あて先）北見赤十字病院・北海道立北見病院　病院長

　私は、北見赤十字病院・北海道立北見病院地域連携ネットワークを利用しての情報提供に不同意ですので、下記のとおり登録の削除を申し出いたします。

【患者記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 届　出　日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　　－ |

※代理者の場合は以下のご記入もお願いします

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理者氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　　－ | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【当院記載欄】 | 受付 | システム登録 |
| 受付受理日　　　　　　　年　　　　月　　　　日  作　業　日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |  |