

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】

受付受理日 年 月 日
作業日 年 月 日

受付	システム登録