

【旭川書式⑥-患者用 利用停止依頼書】 患者→医療介護関係者

旭川市医師会医療介護連携 ICT ネットワーク停止依頼書

御中

以下の通り、旭川市医師会医療介護連携 ICT ネットワークでの情報共有の停止を依頼します

届出日 年 月 日

患者名 _____

住所 _____

連絡先 - - _____

かかりつけ医療機関 _____

【事務局取扱い欄】

申請書の受理日 年 月 日

抹消日 年 月 日