

(様式4)

飯田下伊那診療情報連携システム 登録撤回書

私は、飯田下伊那医療連携システム（イズムリンク）に登録していましたが、登録の同意を撤回します。

申込年月日	令和 年 月 日		
フリガナ			性別 男・女
患者氏名（自署）			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
住所	〒	電話番号	
代理人記載の場合 代理人氏名（自署）		続柄	

[受付施設記入欄]

受付年月日	令和 年 月 日
受付けた施設名	受付者氏名
	医師以外が受付けた場合、医師（主治医等）の承認が必要です。 医師が承認済みの場合チェック⇒ <input type="checkbox"/>