**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［ism-Link］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 | 大正・昭和・平成・令和　　　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 |
| 受付施設名 | 担当者職氏名 |
|  |  |