

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