

はち丸ネットワーク参加撤回届

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

私は、はち丸ネットワークについて、参加を撤回します。

(フリガナ)			
氏名 (自署)	提出日 : 平成 年 月 日		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	性別	男・女
現住所	〒 -		
電話番号	()	はち丸患者ID	
代理の申請者 (本人が自署できない場合)			
代理申請者氏名 (自署)			本人との続柄 ()

(受付施設記入欄) 本書 (原本) 及びはち丸カードを所在区の在宅医療・介護連携支援センターへご提出ください。

受付施設名			
施設住所	〒 -		
受付者氏名 (自署)	電話番号	()	

(事務局記入欄)

受理 : 平成 年 月 日

受理印

受理印