

私は、おきなわ津梁ネットワーク参加に同意しておりましたが、参加の同意について撤回を致します。

届出申請日	令和 年 月 日
フリガナ	
患者様氏名	(男 ・ 女)
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
現住所	〒 -
電話番号	

※患者様が未成年の場合には親権者が、または患者様が自分で記載できない状態の場合は代理人にてご署名をお願い致します。

親権者または代理人	氏名：(続柄)
-----------	---------

同意撤回手続き完了通知

利用停止日：令和 年 月 日
一般社団法人沖縄県医師会（おきなわ津梁ネットワーク事務局）
☐ おきなわ津梁ネットワークシステムデータ削除済み