（様式8）

西予市地域医療情報連携ネットワークシステム「せい坊ネット」

登録患者削除申請書

西予市民病院　病院長　殿

野村病院　　　　病院長　殿

申請日：　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名：

利用医ID：

利用医氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 削除対象患者氏名 | 生年月日 | 削除理由 |
| 1 | ふりがな(　男　・　女) | 明治・大正・昭和・平成・令和年　　　月　　　日 | □　閲覧の必要がなくなった□　当該患者が死亡された□　その他 |
| 2 | ふりがな(　男　・　女) | 明治・大正・昭和・平成・令和年　　　月　　　日 | □　閲覧の必要がなくなった□　当該患者が死亡された□　その他 |
| 3 | ふりがな(　男　・　女) | 明治・大正・昭和・平成・令和年　　　月　　　日 | □　閲覧の必要がなくなった□　当該患者が死亡された□　その他 |
| 4 | ふりがな(　男　・　女) | 明治・大正・昭和・平成・令和年　　　月　　　日 | □　閲覧の必要がなくなった□　当該患者が死亡された□　その他 |
| 5 | ふりがな(　男　・　女) | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　　　年　　　月　　　日 | □　閲覧の必要がなくなった□　当該患者が死亡された□　その他 |

＊上記の内容を記載の上、下記どちらかまでFAXの上、原本をご郵送ください。

（西予市立病院記載欄）

設定削除担当者名：

設定解除年月日 ：　　　　 年　　　　月　　　　日

【送付先】

・西予市民病院

　〒797-0029 西予市宇和町永長147番地1

TEL:0894-62-1121　(代表)

FAX:0894-62-5576　(地域連携室)

・野村病院

　〒797-1212 西予市野村町野村9号53番地

TEL:0894-72-0180　(代表)

FAX:0894-72-0938　(代表)