

(様式 8)

西予市地域医療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

西予市民病院長 殿
野村診療所長 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 地域連携室
〒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)