

## チーム削除依頼書

ふくい医療情報連携システム運営協議会委員長 様

平成 年 月 日

個人情報の適切な取扱い方針を準拠し、ふくいメディカルネットにおけるチーム機能について下記のとおり同意撤回書とともに削除申請します。

記

## ◎申請者(医師のみ)

事業所名	
代表者名	
システム運用責任者名	
電話番号	
チーム名	
チームNO	

## ◎削除をするチームの対象患者情報

患者情報	患者(利用者) 氏名	(フリガナ) ----- (氏 名)	性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	住所	〒		
	電話番号			