

## 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

令和 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)<br>氏名 | (フリガナ)<br>(氏 名)         | 性別 | 男・女 |
|------|---------------|-------------------------|----|-----|
|      |               | 明治・大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 |    |     |
|      | 生年月日          | 明治・大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 |    |     |
|      | 住所            | 〒                       |    |     |
|      | 電話番号          |                         |    |     |