

はち丸ネットワーク参加撤回届

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

私は、はち丸ネットワークについて、参加を撤回します。

| | | | |
|----------------------|----------------|---------|------------|
| (フリガナ) | | | |
| 氏名 (自署) | 提出日 : 平成 年 月 日 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日生 | 性別 | 男・女 |
| 現住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | () | はち丸患者ID | |
| 代理の申請者 (本人が自署できない場合) | | | |
| 代理申請者氏名 (自署) | | | 本人との続柄 () |

(受付施設記入欄) 本書 (原本) 及びはち丸カードを所在区のはち丸在宅支援センターへご提出ください。

| | | | |
|------------|------|-----|--|
| 受付施設名 | | | |
| 施設住所 | 〒 - | | |
| 受付者氏名 (自署) | 電話番号 | () | |

(事務局記入欄)

受理 : 平成 年 月 日

| |
|-----|
| 受理印 |
| |