

(様式 9)

「福来たネット」参加同意撤回届出書 (参加者用)

記入日：平成 年 月 日

一般社団法人福島市医師会長 殿

私は、「福来たネット」の参加同意を撤回いたしますので、お届けいたします。

■参加者記入欄

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏 名		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成
住 所	〒	電 話 番 号	()

※参加者が未成年の場合は親権者が、参加者が自署できない場合等は代理人の方が署名してください。

親権者又は代理人氏名		続 柄	
------------	--	-----	--

■利用施設記入欄

利用施設名		地域患者ID	
処 理 日	平成 年 月 日	作 業 者 名	

- ・処理前で構いませんので、参加者に写しを渡してください。
- ・処理後、写しを保管するとともに事務局に原本を郵送してください。

「福来たネット」参加同意撤回届出書を受理しましたので、情報の共有を停止いたします。
なお、情報の共有は停止しますが、システムの分析や改修・解析などのため、「福来たネット」を廃止するまでの間、データセンターに情報を保存させていただきますのでご了承ください。
「福来たネット」にご参加いただきありがとうございました。

一般社団法人福島市医師会

事 務 局	一般社団法人福島市医師会 TEL：024-534-2290 FAX：024-534-2291 〒960-8002 福島市森合町10番1号 福島市保健福祉センター内		
事 務 局	<input type="checkbox"/> 受理日	平成 年 月 日	
記 入 欄	<input type="checkbox"/> 処理日	平成 年 月 日	

(様式 9)

「福来たネット」参加同意撤回届出書（参加者用）記入例

記入日：平成 28 年 9 月 1 日

一般社団法人福島市医師会長 殿

私は、「福来たネット」の参加同意を撤回いたしますので、お届けいたします。

■参加者記入欄

フリガナ	フクキタ タロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	福来た 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 22年11月1日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成
住所	〒960-8002 福島県福島市森合町10番1号 福島市保健福祉センター内	電話番号	()

※参加者が未成年の場合は親権者が、参加者が自署できない場合等は代理人の方が署名してください。

親権者又は代理人氏名	福来た 花子	続柄	子
------------	--------	----	---

■利用施設記入欄

利用施設名	福島市医師会病院	地域患者ID	1234567890123
処理日	平成 28 年 9 月 2 日	作業者名	連携 三郎

- ・処理前で構いませんので、参加者に写しを渡してください。
- ・処理後、写しを保管するとともに事務局に原本を郵送してください。

「福来たネット」参加同意撤回届出書を受理しましたので、情報の共有を停止いたします。
なお、情報の共有は停止しますが、システムの分析や改修・解析などのため、「福来たネット」を廃止するまでの間、データセンターに情報を保存させていただきますのでご了承ください。
「福来たネット」にご参加いただきありがとうございました。

一般社団法人福島市医師会

事務局	一般社団法人福島市医師会 TEL：024-534-2290 FAX：024-534-2291 〒960-8002 福島市森合町10番1号 福島市保健福祉センター内		
事務局記入欄	<input checked="" type="checkbox"/> 受理日	平成 28 年 9 月 3 日	事務局 風子
	<input type="checkbox"/> 処理日	平成 年 月 日	

(様式 9)

「福来たネット」参加同意撤回届出書 (参加者用)

記入日：平成 年 月 日

一般社団法人福島市医師会長 殿

私は、「福来たネット」の参加同意を撤回いたしますので、お届けいたします。

■参加者記入欄

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏 名		生 年 月 日	西暦	年 月 日
住 所	〒	電 話 番 号	()	

※参加者が未成年の場合は親権者が、参加者が自署できない場合等は代理人の方が署名してください。

親権者又は代理人氏名		続 柄	
------------	--	-----	--

■利用施設記入欄

利用施設名		地域患者ID	
処 理 日	平成 年 月 日	作 業 者 名	

- ・処理前で構いませんので、参加者に写しを渡してください。
- ・処理後、写しを保管するとともに事務局に原本を郵送してください。

「福来たネット」参加同意撤回届出書を受理しましたので、情報の共有を停止いたします。
なお、情報の共有は停止しますが、システムの分析や改修・解析などのため、「福来たネット」を廃止するまでの間、データセンターに情報を保存させていただきますのでご了承ください。
「福来たネット」にご参加いただきありがとうございました。

一般社団法人福島市医師会

事 務 局	一般社団法人福島市医師会 TEL：024-534-2290 FAX：024-534-2291 〒960-8002 福島市森合町10番1号 福島市保健福祉センター内			
事 務 局	<input type="checkbox"/> 受理日	平成	年	月 日
記 入 欄	<input type="checkbox"/> 処理日	平成	年	月 日

(様式 9)

「福来たネット」参加同意撤回届出書（参加者用）記入例

記入日：平成 28 年 9 月 1 日

一般社団法人福島市医師会長 殿

私は、「福来たネット」の参加同意を撤回いたしますので、お届けいたします。

■参加者記入欄

フリガナ	フクキタ タロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	福来た 太郎	生年月日	西暦 1947 年 11 月 1 日
住所	〒960-8002 福島県福島市森合町 10 番 1 号 福島市保健福祉センター内	電話番号	024 (534) 2290

※参加者が未成年の場合は親権者が、参加者が自署できない場合等は代理人の方が署名してください。

親権者又は代理人氏名	福来た 花子	続柄	子
------------	--------	----	---

■利用施設記入欄

利用施設名	福島市医師会病院	地域患者ID	1234567890123
処理日	平成 28 年 9 月 2 日	作業者名	連携 三郎

- ・処理前で構いませんので、参加者に写しを渡してください。
- ・処理後、写しを保管するとともに事務局に原本を郵送してください。

「福来たネット」参加同意撤回届出書を受理しましたので、情報の共有を停止いたします。
なお、情報の共有は停止しますが、システムの分析や改修・解析などのため、「福来たネット」を廃止するまでの間、データセンターに情報を保存させていただきますのでご了承ください。
「福来たネット」にご参加いただきありがとうございました。

一般社団法人 福島市医師会

事務局	一般社団法人福島市医師会 TEL：024-534-2290 FAX：024-534-2291 〒960-8002 福島県福島市森合町 10 番 1 号 福島市保健福祉センター内		
事務局記入欄	<input checked="" type="checkbox"/> 受理日	平成 28 年 9 月 3 日	事務局 風子
	<input type="checkbox"/> 処理日	平成 年 月 日	