

私は、もがみネットに参加申請し、下記の医療機関に診療情報を提供することに同意しておりましたが、この度、参加申請を撤回します。(以下の指定した医療機関での利用を取り消します。)

## 【患者様記載欄】

申込年月日	年 月 日		
フリガナ		性 別	男 · 女
患者氏名(自署)			
生年月日	明治 · 大正 · 昭和 · 平成 · 令和	年	月 日
住 所		電話番号	
代理人記載の場合 代理人氏名(自署)		続 柄	

## 【参照医療機関記載欄】

医療機関名	
上記医療機関における 患者番号	

## 【情報開示病院記載欄】

①	山形県立新庄病院	患者ID:
②	山形県立中央病院	患者ID:
③		患者ID:

【FAX送付先】※情報提供の撤回を希望する医療機関にFAXしてください。

**①の場合:★県立新庄病院医事経営相談課 TEL:0233-22-5525 FAX:0233-28-7277**

**②の場合:★県立中央病院地域医療部 TEL:023-685-2618 FAX:023-685-2606**

**③(①・②以外の医療機関)の場合:当該医療機関へ直接FAXにてお送りください。**

【原本郵送先】※上記にFAXしたうえ、下記へ原本を郵送し、コピーを保存してください。

**県立新庄病院医事経営相談課 〒996-8585 山形県新庄市金沢720番地の1**

電話番号	FAX送信者氏名
------	----------