

もがみネット撤回届出書(介護)

私は、もがみネットに参加申請し、下記の介護施設等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。(以下の介護施設等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	

【参照介護施設等記載欄】

施設名			
施設代表者名	印	担当者名	印
上記施設における 患者番号			

【情報開示病院記載欄】

県立新庄病院	患者 ID:
県立中央病院	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。

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

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

【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	
---------	--	-----------	--