

はち丸ネットワーク参加撤回届

名古屋市長 殿
 一般社団法人名古屋市医師会 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		提出日	年 月 日																				
氏名（自署）		電話番号																					
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	性別	男 ・ 女																				
現住所	〒 -																						
代理の申請者 （本人が自署 できない場合）	フリガナ	本人との関係																					
	氏名	電話番号																					
はち丸ネットワーク 地域患者 ID	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																						

※受付施設記入欄（スタンプでも可）

受付施設名			
施設住所	〒 -		
電話番号		受付者氏名	

・記載内容等について、名古屋市はち丸在宅支援センターから確認のお電話をすることがあります。

本書を名古屋市はち丸在宅支援センターへご提出ください（原本以外の提出可）。
 この下は、名古屋市はち丸在宅支援センターにて記入します。

受理： 年 月 日

受理印	確認印