

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：令和 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：令和 年 月 日

受理印

受理印