

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	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		患者番号	
施設代表者名	印	担当者名	印
電話番号		FAX 送信者氏名	

【 F A X 送付先 】 ※情報開示医療機関に FAX し、原本は自施設で保管してください

情報開示医療機関	送付先担当部署	連絡先
山形県立新庄病院	地域医療部	FAX:0233-28-7277 (TEL:0233-22-5525)
山形県立中央病院	地域医療部	FAX:023-685-2606 (TEL:023-685-2618)

【 情報開示病院記載欄 】

山形県立新庄病院	患者 ID:
山形県立中央病院	患者 ID: