



ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット) HMカード・医療情報管理委託同意撤回書

一般社団法人 広島県医師会
ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット)
代表者 松村 誠 様

私は、HMカードの発行、医療情報管理委託に同意をしておりましたが、撤回致します。

申請日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名 _____

後見人署名(代理) _____

※本人が自署困難な場合は後見人の署名で有効とします

発行施設名 _____

◇HMカード用登録情報

H M コ ー ド	
氏 名 (カ ナ)	
氏 名 (漢 字) 性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	明 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
撤 回 理 由	

※HMカードは撤回書と一緒に事務局に返却ください。返却できない場合は、自己責任のもと破棄してください。

※同意撤回完了通知書をご希望の方は送付先住所をご記入ください。

〒 _____

発送先住所 _____