



## ひろしま医療情報ネットワーク 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 殿

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。

### ◇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。

西暦 年 月 日

本人署名 \_\_\_\_\_

後見人署名(代理) \_\_\_\_\_

発行施設名 \_\_\_\_\_

※本人が自署困難な場合は後見人、代理いずれかの署名で有効とします  
※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 \_\_\_\_\_