

愛媛県立中央病院地域医療連携ネットワーク  
「媛さくらネット」登録患者削除申請書

愛媛県立中央病院長 様

申請者 医療機関名 \_\_\_\_\_

利用者氏名 (自署) \_\_\_\_\_

現在、診療記録を閲覧できる患者のうち、以下の患者について閲覧登録の削除を申請します。

患者氏名	生年月日	理由
ふりがな 氏名	年 月 日	・閲覧の必要がなくなった ・当該患者が死亡された ・その他
ふりがな 氏名	年 月 日	・閲覧の必要がなくなった ・当該患者が死亡された ・その他
ふりがな 氏名	年 月 日	・閲覧の必要がなくなった ・当該患者が死亡された ・その他
ふりがな 氏名	年 月 日	・閲覧の必要がなくなった ・当該患者が死亡された ・その他

※ 本書類は愛媛県立中央病院地域医療連携室まで原本を提出してください。

※ 患者様の希望により削除する場合は、参加同意撤回書をご使用ください。

----- 【ここから下は 愛媛県立中央病院 記入欄です】 -----

設定担当者名 \_\_\_\_\_

〒790-0024 愛媛県松山市春日町 83 番地  
愛媛県立中央病院 地域医療連携室  
(電話) 089-987-6270 (FAX) 089-987-6271

受付日
/