（様式A5-1）

「臨海ネット」登録患者削除申請書

東京臨海病院　病院長殿

現在私が閲覧できる患者のうち、以下の患者の登録削除を申請します。

**医療機関名**

　　　西暦　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 削除対象患者氏名 | 生年月日 | 削除理由 | 削除  担当者  確認印 |
| 1 |  | 年　　　月　　　日 |  |  |
| 2 |  | 年　　　月　　　日 |  |  |
| 3 |  | 年　　　月　　　日 |  |  |
| 4 |  | 年　　　月　　　日 |  |  |
| 5 |  | 年　　　月　　　日 |  |  |
| 6 |  | 年　　　月　　　日 |  |  |
| 7 |  | 年　　　月　　　日 |  |  |
| 8 |  | 年　　　月　　　日 |  |  |
| 9 |  | 年　　　月　　　日 |  |  |
| 10 |  | 年　　　月　　　日 |  |  |

【事務局】　〒134-0086

東京都江戸川区臨海町1-4-2

東京臨海病院　医療連携室

（電話）03-5605-8811（代表）　（FAX）03-5605-7182（直通）