

「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	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他	
2		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他	
3		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他	
4		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他	
5		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他	
6		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他	
7		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他	
8		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他	
9		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他	
10		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他	

【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)