

様式第3号

年 月 日

(宛先) 松山市長

指定医番号

住 所

氏 名

小児慢性特定疾病児童等データベース指定医ID削除申請書

小児慢性特定疾病児童等データベースの利用を取り止めたいので、指定医IDの削除を依頼します。

【申請内容】

ID削除 医籍登録番号 \_\_\_\_\_  
医籍登録番号を記入してください。

※次に掲げる場合に、提出が必要です。

1. 主たる医療機関が松山市外に変更となる場合
2. 指定医を辞退する場合
3. 自己都合により、データベース利用を取り止めたい場合