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

年　　　月　　　日

広　島　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

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の削除を依頼する。

【申請内容】

□　ID削除 　医籍登録番号

医籍登録番号を記入して下さい。