高岡多職種連携システム登録チーム抹消届出書

下記登録:	F— /、の:	は消を	お願し	١L	ます	
一门 司 . 安 . 似 . 人		$\mathbf{A} \mathbf{B} \mathbf{A}$	かい ホロ し	٠.	A 9	_

ト記登録ナームの休用をお願いしま 9	0				
		令和	年	月	日
	医療機関名				
	主治医			(自	署)_
見者情報 					
氏 名					
地域患者 I D 注1					

注1 高岡多職種連携システムから付与されている患者 I D

抹消理由 (該当するものに〇を付けてください。)

患者申出	
医療・介護サービス停止のため	
患者死亡	
その他()