

高岡多職種連携システム登録チーム抹消届出書

下記登録チームの抹消をお願いします。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

主治医 _____ (自署)

患者情報

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○を付けてください。)

<input type="checkbox"/>	患者申出
<input type="checkbox"/>	医療・介護サービス停止のため
<input type="checkbox"/>	患者死亡
<input type="checkbox"/>	その他 ()