

施設責任者殿

熊本県医師会会長殿

追加・変更・撤回届

私はくまもとメディカルネットワークについて、参加者情報の変更、利用施設（病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設等）の追加・変更、参加同意の撤回をします。

参加者の情報をご記入下さい。なお、参加同意を撤回される方は「参加同意を撤回します」に ✓ を付け、共有情報の削除も希望される場合は、「共有情報の削除を希望します」にも、あわせて ✓ を付けて下さい。

（必須）

（フリガナ） 届出日：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名：（自署） \_\_\_\_\_

参加者カード番号：     -     -     -

（変更・訂正される情報を記入）

住所：〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (メールアドレスをお持ちの方はご記入ください)

電話番号： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ メールアドレス： \_\_\_\_\_

生年月日：明・大・昭・平・令・西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 性別：男・女

代理の申請者（患者さんが自署できない場合）

代理申請者氏名：（自署） \_\_\_\_\_ 患者さんとの続柄（ \_\_\_\_\_ ）

参加同意を撤回します  共有情報の削除を希望します

情報を共有する利用施設の追加・変更をご希望の方は、「利用施設の追加・変更を希望します」に ✓ を付け、利用施設名、電話番号、診察券番号（患者番号）を記入してください。情報共有をしたくない利用施設がある場合は、利用施設名等を記入し「共有しない」に ✓ を付けて下さい。

利用施設の追加・変更を希望します

↓ 追加・変更内容は、以下にご記入ください。

利用施設名	電話番号	診察券番号(患者番号) (わからない場合は「不明」と記入してください)	共有 しない
記入例：〇〇病院	*** (*** ) ****	記入例：123456	<input checked="" type="checkbox"/>
	( )		<input type="checkbox"/>
	( )		<input type="checkbox"/>
	( )		<input type="checkbox"/>

※追加・変更・撤回届は必ず利用施設からサポートセンターに FAX していただくようお願いいたします。またご提出後、通常3営業日以内に届出内容の更新が完了いたします。なお、共有情報削除に関しては、本届提出後 30 日以内に情報の削除が完了いたします。

（受付者記入欄）

受付利用施設名： \_\_\_\_\_ 受付日：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

受付者氏名：（自署） \_\_\_\_\_

お問合せ先：くまもとメディカルネットワーク サポートセンター

（受付時間） 午前 9:00～12:00 午後 1:00～5:00 土日、祝日、熊本県医師会の休日を除く

Email: support@kmn.kumamoto.med.or.jp TEL:0120-25-3735 FAX:096-211-9926