情報提供施設用

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

様式８

キビタン健康ネット

連携ゲートウェイシステム登録削除通知

診療情報共有同意撤回届取得施設

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

以下の患者さんに関して、連携ゲートウェイシステムへの登録を削除致しました。

日　　付：令和　　　年　　　月　　　日

患者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

今後とも、宜しくお願いいたします。

　　　登録施設名

担 当 者

所属部署

電　　話

Ｆ Ａ Ｘ