

# 岩手中部地域医療情報ネットワークシステム「いわて中部ネット」 住民脱退届

特定非営利活動法人岩手中部地域医療情報ネットワーク協議会 御中

私は、岩手中部地域医療情報ネットワークシステム個人情報取扱規約の内容を承諾し、特定非営利活動法人岩手中部地域医療情報ネットワーク協議会及びネットワーク参加施設（ネットワークに今後参加する施設及びネットワークが今後連携する県内外の地域医療情報ネットワークシステムの参加施設を含む）において私の医療・介護に関する情報が共有され、私の受ける医療・介護サービスに利用されることに同意し、いわて中部ネットに参加しておりましたが、このたび、脱退を届け出ます。

申出日	年 月 日
フリガナ	
氏名	
代理者 記載(※1)	代理者氏名 続柄 親・配偶者・子・その他：( )
性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
電話番号	— —
住所	〒 — — — — —

★脱退後は保険証等に貼付していたシールをはがして下さいますようお願い致します★

●今後の参考のため、差し支えなければ、脱退の理由を教えてください。

--

※1：＜代理者記載の主要例＞

- ① 未成年の場合：  
家族又は保護者等の代理人による署名が必須となります。
- ② 心身の理由により自署が困難な場合：  
家族（内縁含む）、保護者、後見人・保佐人等の代理人による署名が可能です。

＜受領施設等処理欄＞

＜協議会処理欄＞

受領施設等名		捺印欄