秋田県医療連携ネットワーク運営主体

　　代表　秋田県医師会長　様

山形県内５医療情報ネットワーク協議会長　様

**秋田県・山形県地域医療情報ネットワーク広域連携に関する利用停止申出書**

　私は、秋田県・山形県医療情報ネットワーク広域連携に関して、両県の各医療情報ネットワークに登録されている私の診療情報が指定した医療機関で私の受ける診療に活用されることに同意していましたが、この同意を撤回し、利用停止を申し出いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　申出日　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本　　　人（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代理人記載の場合）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　　　　）

**【医療機関記載欄 】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申出受付医療機関 |  | (担当医師) |
| (患者ID　 ) |

**※受付後、協定書や所属協議会の規程等に沿って速やかに利用停止の手続きをお願いします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 電話番号 |  | 送信者氏名 |  |