**様式第9-2号：患者情報削除申出書**

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会　　御中

私は、「びわ湖あさがおネット」のデータベースに保存されている私の個人情報の一切を削除するよう、お願いします。

申出日：　西暦 　年 月 日

＜差支えなければ、情報削除の理由等をご記入ください＞

情報削除の理由：

* 患者さまの情報は、この申出書が届き次第速やかに削除を行います。
* 本申請書より先に利用停止を申請されている場合、利用停止申請書を提出した参加機関に加えて、情報の利用に同意しているすべての参加機関に対しても利用停止を申請したものとみなし、そのように手続きを行いますので、予めご了承ください。

申出者　氏名： （自署）

（代理者　氏名： 　　続柄： ）

患者氏名： 性別 ：　　　　男　　　・　　　女

患者住所：（〒　　　　　－　　　　　　　）

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（携帯番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

生年月日：　西暦　（大正　昭和　平成　　　　）　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

* 本書は協議会事務局へお送りください。原本は、協議会事務局にて保管します。
* 協議会事務局より患者情報削除の依頼がありましたら、地域連携システムにて当該患者さまの開示を停止、または患者さま情報の削除をお願いします。

滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会事務局

〒524-8524　守山市守山5丁目4番30号　県立総合病院内

TEL： 077-582-5071　　　FAX： 077-582-5169　　 メール：　contact@biwako-asagao.ne.jp

※事務局利用欄　【作業実施記録】

|  |  |
| --- | --- |
|  | 協議会事務局 |
|  | 日付　　　／ |