

キビタン健康ネット  
退会確認書

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 御中

私はキビタン健康ネットから退会いたします。

[退会の場合、個人情報としての医療機関等からのアクセス権をすべて削除するものとします。]

※太枠内に必要事項をご記入ください。

退会日		年	月	日
フリガナ		性別		
お名前		男 女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日生
カード番号	イベント番号 070701-			
退会受付施設	電話: ( )			
受付者				
備考	キビタン健康パスポート添付 (有・無)			

この退会確認書は、協議会事業から退会を希望する場合の様式です。記載後、協議会へ FAX してください。

※重要

この退会確認書を届け出ること、これまでに同意した診療情報共有もしくは調剤情報閲覧の全ての同意が撤回され、医療機関等からのアクセス権をすべて削除します。

また、キビタン健康パスポートを患者さんから回収し、退会確認書原本とパスポートを協議会へ郵送してください。

なお、パスポート紛失の場合は、その旨を備考欄に記載ください。

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会  
〒960-8036 福島市新町4番22号 福島県医師会館 1F  
TEL: 024-525-8818 ファックス: 0120-578-818

**FAX 050-3730-0128**