

# 日本脆弱性骨折ネットワーク

## 登録データ削除申請書

【注意】 この削除申請書は手術を受けた病院へ提出してください

日本脆弱性骨折ネットワークへ登録されたデータの削除を希望します

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ID (診察券の番号) \_\_\_\_\_

手術を受けた病院名 \_\_\_\_\_

削除範囲

① すべて \_\_\_\_\_

② 一部 \_\_\_\_\_

申請日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日