

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