

TGP ネットワーク参加撤回届

環岐阜地区医療介護情報共有協議会 会長 殿

私は、TGP ネットワークについて、参加を撤回します。

提出日	(西暦) 20 年 月 日		
ふりがな			性別
氏名 (自署)			男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日生		
現住所	〒 -		
電話番号	()		
代理の申請者 (本人が自署できない場合、未成年の場合)			本人との続柄
代理申請者氏名 (自署)			
TGP-ID	— — —		
<small>※「TGP ID シール」に記載されている 16 桁の番号をご記入ください。</small>			

<参加撤回手順>

- (1) 本書(原本)をTGP ネットワーク参加施設、もしくは下記 TGP 事務局へご提出ください。
- (2) 情報共有施設(ご利用施設)には、参加を撤回した旨を来院時などにお伝えください。

■受付施設記入欄 受付施設の方へ：本書(原本)をTGP 事務局へご提出ください。

受付施設名			
施設住所	〒 -		
電話番号	()		
受付者氏名 (自署)			

<お問合せ・ご提出先>

環岐阜地区医療介護情報共有協議会 (TGP) 事務局
 〒501-6062 羽島郡笠松町田代 185-1 羽島郡医師会内
 TEL: 058-387-6476 FAX: 058-388-0180 (TGP ネットワーク専用)

■事務局記入欄

受理 : 年 月 日
 処理日: 年 月 日

受領印