

「とねっと」同意撤回届

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会 様

私は、「とねっと」に参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

<本人記載欄> 同意を撤回する際に記載してください

【必須記入項目】 ※必ず記入してください。	
申請日:平成 年 月 日	
フリガナ: _____	明治・大正・昭和・平成
氏 名: _____	生年月日: 年 月 日
郵便番号: _____	電話番号: _____
住 所: _____	
かかりつけ医カードID番号: _____	

本人の署名 (未成年者の場合はその保護者) _____	
(代理者記載の場合:代理者氏名 _____	続柄: _____)

チェック項目

☐ 記入事項に漏れや誤りはありませんか。

☐ (郵送される場合)本人確認書類(氏名、住所、生年月日の記載があるもの)のコピーを同封しましたか。

※本人確認書類:保険証、運転免許証、住基カードなど

[持参の場合] … [本人確認書類(氏名、住所、生年月日の記載があるもの)、かかりつけ医カードを持参]

お住まいの市・町の「とねっと」参加受付窓口

[郵送の場合の送付先] … [本人確認書類(氏名、住所、生年月日の記載があるもの)のコピー、かかりつけ医カードを同封]

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会事務局 〒347-0031 加須市南町5-15(加須保健所内)

TEL 0480-63-0003 ※問い合わせ:平日9時~17時(土・日・祝日・年末年始を除く) FAX 0480-63-0033

<処理欄>※住民(患者)の皆様は、記入しないでください。

本人確認 (確認日: H . .)	F A X 送信 (送信日: H . .)	システム処理 (処理日: H . .)	
所属名 _____	所属名 _____		
確認者名 (又は印)	確認者名 (又は印)	処理者印	通知日: H . .