

# 未来かなえネット 住民脱退届

一般社団法人未来かなえ機構 御中

私は、未来かなえネット個人情報取扱規約の内容を承諾し、一般社団法人未来かなえ機構及び未来かなえネット参加施設(今後、ネットワークに参加する施設及び、県内外の地域医療情報ネットワークシステムの参加施設を含む)において私の医療・介護に関する情報共有され、私の受ける医療・介護サービスに利用されることに同意し、未来かなえネットに参加しておりましたが、この度、脱退を届け出ます。

申出日	令和 年 月 日
フリガナ	
氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
住所	〒 _____ - _____
電話番号	_____ - _____
※ 代理者氏名	
続柄	親 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 施設管理者 ・ その他 ( )

※ 代理記載について

未成年の場合、家族または保護者等の代理人による署名が必須。  
心身の理由により自署が困難な場合は、家族(内縁含む)、保護者、後見人・保佐人等の代理人による署名が可能です。

今後の参考の為、差し支えなければ脱退の理由を教えてください。

<input type="checkbox"/> 転居した為
<input type="checkbox"/> 申告者が亡くなった為
<input type="checkbox"/> 病院に通院しない為
<input type="checkbox"/> 加入したがメリットを感じなかった為
<input type="checkbox"/> その他 ( )

【受領施設名】

【機構受付欄】

--	--