（様式例）

指定難病患者データベース及び小児慢性特定疾病児童等データベース指定医ＩＤ削除申請書

年　　　月　　　日

○○知事・市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

指定難病患者データベース及び小児慢性特定疾病児童等データベースの利用を取り止めたいので、指定医ＩＤの削除を依頼する。

【申請内容】

□ID削除 　医籍登録番号

医籍登録番号を記入して下さい。