

癌治療関連骨減少症に対する骨粗鬆症治療の
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

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） _____

削除範囲

①すべて

②一部 _____

申請日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日