

日本整形外科学会症例レジストリー（JOANR）

登録データ削除申請書

JOANR へ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） _____

手術を受けた病院名 _____ 金沢文庫病院

削除範囲

①すべて

②一部 _____

申請日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日