

様式 1 4

登録拒否・登録情報削除申出書

平成 年 月 日

千葉県健康福祉部健康づくり支援課長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

千葉県がん登録事業における以下の者に関する登録拒否・登録情報の削除を
申し出ます。

本人の住所	
本人の氏名	
本人の生年月日	
※本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 代理人の有無

注 1：電話番号は、当課から確認の連絡をする場合がありますので、必ず記入してください。

注 2：申し出の際には、本人であることを証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証等）を提示又は写しを添付してください。

注 3：※印の欄は、記入しないでください。