

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 \_\_\_\_\_

【削除範囲】

① すべて

② 一部 \_\_\_\_\_

申請日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日