

「人工関節周囲骨折の治療成績に関する多機関共同研究」

登録データ削除申請書

PPF MASTOR 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) _____

治療を受けた病院名 _____ 名張市立病院

申請日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日