

# 地域医療ネットワークシステム同意撤回書

私は、地域医療ネットワークシステムへ参加することに同意しましたが、下記同意の撤回を通知します。

撤回日	平成	年	月	日
カルテ番号	.....			
(ふりがな)	.....			
患者氏名	_____			
註：患者が未成年の場合には親権者、患者が自分で記載できない状態のときは、代理人が必要です。自筆でご署名ください。				
親権者または代理人	氏名	_____ (続柄)		
同意を撤回する医療機関名				
〔 ..... 〕				
※医療機関名が空欄の場合は本システム利用中のすべての医療機関の利用を停止します。				

■利用停止手続き完了の通知を希望される場合は、送付先の住所をご記載ください。

郵便番号
住所

※箕面市立病院 記載欄

利用停止手続き完了通知

地域医療ネットワークシステムの同意撤回書を受理しましたので、地域医療ネットワークシステムの利用を停止しました。

利用停止日 年 月 日

箕面市立病院

担当者氏名 \_\_\_\_\_