

地域医療情報ネットワークシステム参加同意撤回書届

私は、下記施設において地域医療情報ネットワークでの診療情報共有に同意しておりましたが、この度、同意の撤回をいたします。

『受付施設記載欄』

撤回受付施設名： _____

撤回受付担当者： _____ 部署 _____

撤回施設 _____ ID _____

『患者記載欄』

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名： _____

生年月日： M・T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

代理人記載の場合：代理人氏名 _____ 続柄 _____

※撤回を受付けた施設は同意書撤回届を広域紋別病院に FAX すること