

## 市立池田病院地域医療連携ネットワークシステム 同意撤回書 (兼登録抹消完了報告書)

情報公開病院 市立池田病院 病院長 様

私は、下記医療機関から説明を受け、地域医療連携ネットワークシステムへ参加申請しておりましたが、下記のとおり同意を撤回します。

### <患者様記入欄>

同意撤回申請日	平成 年 月 日												
(ふりがな)													
患者様氏名	(自署)	男・女	(旧姓: )										
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日												
(代理人記入の場合: 代理人氏名)		続柄											
市立池田病院 診察券番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> ※お判りであればご記入下さい												

### <同意撤回施設>

- 私が参加する全ての施設において同意を撤回します。  
 私が参加している以下の施設において同意を撤回します。

撤回施設名 1

---

撤回施設名 2

---

撤回施設名 3

---

※同意を撤回する場合は、本書を記入いただき情報提供病院 市立池田病院地域医療連携室、または当該医療機関まで持参・FAX・送付してください。

### <提出先>

市立池田病院 地域医療連携室  
 〒563-8510  
 大阪府池田市城南3丁目1番18号  
 電話: 072-754-6379  
 FAX: 072-754-6380

受 付	設定完了	報告完了
/	/	/