宛先） 市立池田病院　地域医療連携室 様式６

**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 | 令和　　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・令和　　　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 | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | ※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

受　　付

設定完了

報告完了

／

／

／

〒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