

ふくいメディカルネット同意撤回書

(同意書記入時に必要箇所を記載して必ず患者さまへお渡し下さい。)

私は、下記の説明担当者から説明を受け、下記施設間において“ふくいメディカルネット”に参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

〈チーム代表者記載欄〉 (同意書取得時に記載してください。)

チーム代表病院主治医もしくはかかりつけ医: _____

代表者医療機関名: _____

チーム所属医療機関名: _____

| | | |
|--------------|--|--|
| 連携医療機関名・事業者名 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

〈患者さん記載欄 ※同意を撤回する際に記載して下さい。〉

令和 年 月 日

フリガナ

患者氏名: _____ 男・女

生年月日: 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住 所: _____

(代理人記載の場合: 代理人氏名 _____ 続柄: _____)

撤回の理由:

※ 同意撤回をする場合には説明代表かかりつけ医に提出してください。

(設定解除依頼を受けた医療機関記載欄)

担当者名: _____ 印

TEL : (_____) _____

※設定解除を受付けた場合には、右の「設定解除依頼日」に日付を記入し、捺印した上で、説明代表者(かかりつけ医)から事務局(0776-21-6641)へ様式3と一緒にFAXにてお送りください。

設定解除依頼日

令和 年
月
日