

ふくいみまもりSNS同意撤回書

私は、「ふくいみまもりSNS」における個人情報のやり取りについて同意を撤回します。

〈サービス事業所記載欄〉

サービス事業所名: _____

住 所: _____

〈患者さん記載欄〉

20 年 月 日

フリガナ
患者氏名: _____ 男・女

生年月日: (西暦) _____ 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サービス事業所記載欄)

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、
かかりつけ医から事務局へFAX (0776-21-6641) にてお送りください。

設定解除依頼日

令和 年

月

日