

三重医療安心ネットワーク参加同意撤回届

(同意書取得時に必要箇所に記載して患者様にお渡し下さい。)

市立伊勢総合病院長 様

私は、下記の説明担当者から説明を受け、下記医療施設において三重医療安心ネットワークに参加申請しておりましたが、参加の同意を撤回します。

患者様記載欄 (同意を撤回する際に記載して、施設 (病院等) に提出してください。)				
撤回書記入日	年 月 日			
ふりがな				
患者氏名 (自署)	男・女			
生 年 月 日	年 月 日			
代理人記載の場合	代理人氏名 (自署)		続柄	

同意取得施設記載欄 (同意取得時に記載してください。)				
説明担当者 (自署)			(部署)
情報開示施設名	市立伊勢総合病院	(患者 ID:)
情報共有施設名		(患者 ID:)

ネットワーク参加施設の担当者の方へ

患者様がこの撤回書を持ってこられた場合

- 1) IDリンクの登録削除
- 2) 撤回書を情報共有施設にFAX

を行ってください。またこの撤回書がFAXされてきた場合

- 1) IDリンクの登録削除
- を行ってください。