

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。)

三重県立総合医療センター院長 様 市立四日市病院院長 様
 四日市羽津医療センター院長 様 同意取得施設院長 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（四日市連携方式）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。				
同意年月日	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）
施設名	（患者 ID : ）	

連携施設記載欄（施設名と患者 ID を補完し事務局へ FAX 送信して下さい。）	
施設名	（患者 ID : ）

同意取得施設の担当者は患者様がこの撤回届を持ってこられた場合、同意書を FAX された下記の施設にチェックを付け、該当する施設に FAX をお願いします。

撤回届が FAX されてきた施設は ID リンクのアクセス権を削除し、情報共有を中止して下さい。また事務局に撤回の報告をお願いします。

※FAX 送信する施設にチェックを入れて下さい

- 三重県立総合医療センター (FAX:059-347-3511)
 市立四日市病院 (FAX:059-354-2214)
 四日市羽津医療センター (FAX:059-331-6004)