**三重大学医学部附属病院**

**医療行為拒否通知書**

三重大学医学部附属病院長 殿

私は、下記の内容に関する医療行為の実施を拒否します。

記載日：　　　　　年　　　月　　　日

実施内容：

（患者様氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署・代筆）

（生年月日）　　　　　年　　　月　　　日

（診察券番号）

※ 必要時記載 代筆者：（氏名）

（患者さんとの関係：　　　　　　　　　）

**お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ下記郵送先にお送り頂くか、病院1階総合案内にご提出ください。**

**郵送先・提出窓口**

三重大学医学部附属病院 総務課　総務係

〒514-8507 三重県津市江戸橋2-174

代表　05９-232-1111（内線6293）

本件の拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。