

## 置賜地域医療情報ネットワークシステム利用同意撤回届

- |   |     |   |                                 |    |   |
|---|-----|---|---------------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> 置賜広域病院企業団        | 医療監 | 殿 | <input type="checkbox"/> 米沢市立病院 | 院長 | 殿 |
| <input type="checkbox"/> 三友堂病院            | 院長  | 殿 | <input type="checkbox"/> 小国町立病院 | 院長 | 殿 |
| <input type="checkbox"/> 三友堂リハビリテーションセンター | 病院長 | 殿 | <input type="checkbox"/> 公立高畠病院 | 院長 | 殿 |
| <input type="checkbox"/> 白鷹町立病院           | 院長  | 殿 |                                 |    |   |

私は、置賜地域医療情報ネットワークシステムの利用同意をしておりましたが撤回いたします。

### <患者様記載欄>

平成	年	月	日
ふりがな			
患者氏名	:	_____	男・女 (自署)
生年月日	:	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
(代理人記載の場合) 代理人氏名	:	_____	(続柄)

### <撤回届受理施設記載欄>

撤回届受理者	:	_____	(自署)
受理医療機関名	:	_____	
連携病院名	:	<input type="checkbox"/> _____	(患者 ID 番号 : _____)
(確実な患者様の確認のために、「患者 ID 番号」を記載して下さい。)			

原本は、連携先医療機関へ FAX 後、郵送して下さい。  
コピーを一部患者様本人へお渡しして下さい。