様式③

荒尾市立有明医療センター　地域医療連携システム（通称：ありあけネット）
同意撤回書

荒尾市立有明医療センター　荒尾市病院事業管理者　様

私は下記の主治医から説明を受け、下記医療機関において地域医療連携システム（診療情報の参照等）に参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回いたします。

《かかりつけ医、医療機関記載欄》

主治医名：　　（自署）

医療機関名：

《患者さん記載欄》

撤回年月日　：　　年　　月　　日

フリガナ

患者さん氏名：　　男・女　（自署）

生年月日　：　　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　：

〈各書類を郵送される場合は下記宛てにお願いいたします〉

〒864-0041　荒尾市荒尾 2600 番地

荒尾市立有明医療センター　患者サポート・医療連携室

電話　：　0968-63-1115　　FAX　：　0968-62-4543

事務局確認	責任者確認