

同意撤回書

日本医科大学千葉北総病院 病院長殿

私は、日本医科大学千葉北総病院地域医療連携ネットワークシステムについて下記の主治医より説明を受け、地域医療連携ネットワークシステムへの参加を同意しておりましたが、参加の同意について撤回いたします。

<患者さん記入欄>

同意撤回日	年 月 日		
千葉北総病院 診察券番号			
(ふりがな)			
氏名	(自署)	性別	男・女
生年月日	年 月 日		
代理人 (代理人記載の場合のみ)	続柄		

<連携医療機関記入欄>

説明者氏名			
医療機関名			
電話番号		FAX番号	

- ※コピーを2部お取り下さい。
- (原本) 郵送にて当院医療連携支援センター宛てにご送付ください。
- (コピー1枚目) 貴院にて保管ください。
- (コピー2枚目) 患者さんご本人に控えとしてお渡しく下さい。

【お問い合わせ先】
 日本医科大学千葉北総病院 医療連携支援センター
 〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715
 (TEL)0476-99-1810 (直通) (FAX)0476-99-1991

-----< 千葉北総病院使用欄 >-----

(処理)

受理日	登録日	台帳記入	スキャナ