**地域医療連携ネットワークに関する同意撤回書**

　　　　　　　　　　　　　　　　殿

[x]  日本医科大学付属病院医療連携ネットワーク

□ 東京総合医療ネットワーク

　私は、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　への参加を同意しておりましたが、

　　　　（該当するものにレ点をお願いします）

参加の同意を撤回します。

**＜患者記載欄＞**

同意撤回日　：　　　　　　年　　　　月　　　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ：

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女　（自署）

大正・昭和

平成・令和・西暦

生年月日：　　　　　 　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日

（代諾者記載の場合）代諾者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：

**＜医療機関記載欄＞**

説明担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

医療機関名：　日本医科大学付属病院　　　　　　　　　　　　　　　部署：　医療連携部門

紹介元（照会先）医療機関　　患者ＩＤ：

参加医療機関　　　　　　　患者ＩＤ：