

日本医科大学多摩永山病院

医療連携ネットワークに関する同意撤回書

日本医科大学多摩永山病院長 殿

私は、日本医科大学多摩永山病院医療連携ネットワークへの参加を同意しておりましたが、参加の同意を撤回します。

<患者記載欄>

同意撤回日 : 年 月 日

フリガナ:

患者氏名 : _____ 男・女 (自署)

明治・大正

昭和・平成

生年月日 : 令和 西暦 年 月 日

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

<医療機関記載欄>

説明担当者氏名 : _____ (自署)

医療機関名 : _____ 部署 : _____

日本医科大学多摩永山病院 患者 I D : _____

参加医療機関 患者 I D : _____