

# メディネット・たんちょう参加同意撤回書届

私は、下記施設においてメディネット・たんちょうでの診療情報共有に同意しておりましたが、この度、同意の撤回をいたします。

## 『受付施設記載欄』

撤回受付施設名： \_\_\_\_\_

撤回受付担当者： \_\_\_\_\_ 部署 \_\_\_\_\_

撤回施設 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

## 『患者記載欄』

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： M・T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

代理人記載の場合：代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

※撤回を受付けた施設は同意書撤回届を接続先に FAX すること