

(様式 A8)

南予地域連携ネットワークシステム「きさいやネット」への同意撤回届

市立宇和島病院 院長 殿

私は、下記医師から、きさいやネットに関する説明、並びに説明文書の交付を受け、本サービスの利用に同意をしておりましたが、撤回いたします。

↓同意取得の際に同意書とあわせて記入ください。

撤回届け提出日 年 月 日

医療機関記入欄			
医療機関名			
利用医師名		TEL	
		FAX	
説明担当者	<input type="checkbox"/> 利用医師に同じ (部署) (氏名)		

患者さん記入欄				
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名 (自署)		<input type="checkbox"/> 男性	歳	(明治・大正・昭和・平成・令和)
		<input type="checkbox"/> 女性		年 月 日
住所				
代筆による記載	代筆者名(自署):			続柄
撤回の理由等				

同意撤回届の運用方法については、利用マニュアルを確認してください。

(市立宇和島病院記載欄)

解除担当者名

【事務局】〒798-8510
愛媛県宇和島市御殿町1番1号
市立宇和島病院 医事課地域連携係
(電話)0895-25-1111(代表) (FAX)0895-26-6560

設定解除

日付

／