

医療法人社団永生会 地域医療連携ネットワークシステム

M I O K a r t e 参加同意撤回届

(同意書取得時に必要箇所に記載して患者様にお渡ししてください)

様

私は、下記の説明担当者から説明を受け、下記医療施設において医療法人社団永生会 地域医療連携ネットワークシステムに参加申請しておりましたが、参加の同意を撤回します。

《紹介元記載欄》(同意書取得時に記載してください)

説明担当者(自署) _____
(部署: _____)

《患者様記載欄(自署)》(同意を撤回する際に記載してください)

平成 年 月 日

患者氏名: _____ 性別: 男性 ・ 女性

生年月日: 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

(代理人記載の場合: 代理人氏名 続柄)