

# 道南地域医療連携システム (道南<sup>メディカ</sup>Medika) 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さんにお渡しください)

□ 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道南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。

〈同意書取得施設記載欄〉 (同意書取得時に記載してください)

説明担当者 (自署) : (部署 : )

同意書取得施設名 :

〈患者さん記載欄〉 (同意を撤回する際に記載してください)

平成 年 月 日

ふりがな  
患者氏名 : 男 ・ 女

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 )