

# 道南地域医療連携システム（道南<sup>メディカ</sup>Medlka）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）

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・令和 年 月 日

（代理人記載の場合：代理人氏名 続柄 ）