（様式A8）

地域連携ネットワークシステム「臨海ネット」への同意撤回届

東京臨海病院　病院長　　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医　療　機　関　記　入　欄** | | | |
| 医療機関名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 利用医師名 |  | **T E L** |  |
| **FAX** |  |
| 説明担当者 | □利用医師に同じ  （部署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名） | | |

　私は、下記医師から、臨海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。

撤回届け提出日　西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

↓同意取得の際に同意書とあわせて記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患　者　さ　ん　記　入　欄** | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 性別 | 年齢 | 生年月日 | | |
| 氏　　名  （自署） |  | | | □男性  □女性 | 歳 | （大正・昭和・平成・令和）  　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 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。

（東京臨海病院記載欄）

解除担当者名

**設定解除**

**日付**

【事務局】　〒134-0086

東京都江戸川区臨海町1-4-2

東京臨海病院　医療連携室

（電話）03-5605-8811（代表）　（FAX）03-5605-7182（直通）