

(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

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 西暦 年 月 日

医療機関記入欄			
医療機関名			
住所			
利用医師名		TEL	
		FAX	
説明担当者	<input type="checkbox"/> 利用医師と同じ (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	(大正・昭和・平成・令和)
		<input type="checkbox"/> 女性		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 _____ ㊟

【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)

設定解除
日付
