【医療機関さまへ】

患者さんが同意を撤回したい場合、患者さんに記載いただく用紙です。記載内容確認後、ばんたね病院へ FAX 送信ください。
システムの接続解除手続きを行います。（こちらの原本は、後日回収にまいりますので、恐れ入りますが保管ください。）

FAX 送信先　052-323-5726

藤田医療情報ネットワーク　　同意撤回届

藤田医科大学ばんたね病院　病院長殿

私は藤田医療情報ネットワーク参加の同意を撤回します。

【患者さん記載欄（自署）】　　年　　月　　日

（同意を撤回する際に記載してください。）

■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：

※代理人：代理で承諾される場合　（ご家族・ご親族までとしてください。）

代筆：患者さんご本人が承諾して記載できない場合

【連携医療機関さま】

□連携医療機関名　：

※ばんたね病院記載欄

同意撤回届受理日：　　担当者：

処理日：　　担当者：