

【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。

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 : 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 :

※代理人：代理で承諾される場合（ご家族・ご親族までとってください。）

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 :