



## 藤田医療情報ネットワーク岡崎 同意撤回届

藤田医科大学 岡崎医療センター 病院長殿

私は藤田医療情報ネットワーク岡崎への参加の同意を撤回します。

### 【本人記載欄】

年 月 日

ふりがな

■氏名： \_\_\_\_\_ ■性別： 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

■生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

■代理人氏名(代理人記載の場合)： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

■同意を撤回する医療機関名： \_\_\_\_\_

■上記以外の連携医療機関の同意も全て撤回する場合は□にチェック ☐ \_\_\_\_\_

医療機関様へ

こちらの用紙はお手数ですが、下記事務局まで郵送またはFAXにてお送りください。

### □事務局取扱欄

同意撤回受理日： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_

処理日： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_

患者 ID： \_\_\_\_\_

〒444-0829

愛知県岡崎市針崎西2丁目6番地1

藤田医科大学 岡崎医療センター 医療連携室

TEL:0564-64-8200 FAX:0564-64-8194

メールアドレス:hp4renkei@fujita-hu.ac.jp

(問合せ時間)

平日:午前8時45分から午後7時

土曜日:午前8時45分から午後0時30分

なお、日曜日、祝祭日、年末年始(12月29日から翌年1月3日まで)は除く。