



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

(問合せ時間)

愛知県岡崎市針崎西 2 丁目 6 番地 1

平 日:午前 8 時 45 分から午後 7 時

藤田医科大学 岡崎医療センター 医療連携室

土曜日:午前 8 時 45 分から午後 0 時 30 分

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

なお、日曜日、祝祭日、年末年始(12 月 29 日

メールアドレス:hp4renkei@fujita-hu.ac.jp

から翌年 1 月 3 日まで)は除く。