



藤田医療情報ネットワーク 同意撤回届

藤田医科大学病院 病院長殿

私は藤田医療情報ネットワーク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: _____

〒470-1192

愛知県豊田市沓掛町田楽ヶ窪 1 番地 98

藤田医科大学病院 地域連携室

TEL:0562-93-2995 FAX:0562-93-3666

メールアドレス:renkei@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。