

愛媛県立中央病院地域医療連携ネットワーク  
「媛さくらネット」参加同意撤回書

愛媛県立中央病院長 様

私は「媛さくらネット」に関する説明を受けて参加に同意しておりましたが、参加の同意を撤回します。

患者様記入欄			
撤回書記入日	年	月	日
ふりがな			
氏名			
生年月日	年	月	日
代理人による記載		続柄	

※ 撤回書記入日及び生年月日欄は西暦・和暦どちらで記入しても構いませんが、どちらかに統一してください。

医療機関記入欄			
医療機関名		TEL	
		FAX	
利用医師名	※自署をお願いします。		
説明担当医	※利用医師と同じ場合は記入不要です。		(部署)

※ 本書類は参加同意書を提出した医療機関へ提出してください。

※ 本書類を受理した医療機関は、愛媛県立中央病院地域医療連携室へ FAX してください。

原本は本書類を受理した医療機関が保管するものとします。

----- 【ここから下は 愛媛県立中央病院 記入欄です】 -----

設定担当者名 \_\_\_\_\_

〒790-0024 愛媛県松山市春日町 83 番地  
愛媛県立中央病院 地域医療連携室  
(電話) 089-987-6270 (FAX) 089-987-6271

受付日
/