様式７

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 |  | | | 性別 |
| 氏名 |  | | | 男・女 |
| 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】

|  |
| --- |
| 受付日 |
|  |

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