置賜地域医療情報ネットワークシステム利用同意撤回届

□ 置賜広域病院企業団	医療監	殿	□ 米沢市立病院	院長	殿
□ 三友堂病院	院長	殿	□ 小国町立病院	院長	殿
□ 三友堂ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ	病院長	殿	□ 公立高畠病院	院長	殿
□ 白鷹町立病院	院長	殿	□ おきたまﾌﾗﾜｰｸﾘﾆｯｸ	所長	殿

私は、置賜地域医療情報ネットワークシステムの利用同意をしておりましたが撤回いたします。

＜患者様記載欄＞

（患者 ID：　　）

令和　　年　　月　　日

ふりがな

患者氏名　：　　男　・　女（自署）

生年月日　：　大正　・　昭和　・　平成　・令和　　年　　月　　日

（代理人記載の場合）代理人氏名　：　　（続柄　　）

＜撤回届受理施設記載欄＞

撤回届受理者　：

受理医療機関名：

連携病院名：□　　（連携先患者 ID：　　）

原本は、連携先医療機関へ FAX 後、郵送してください。
コピーを一部患者様本人へお渡しください。

2021.7 改定