

千葉県済生会習志野病院 地域医療連携ネットワークシステム

同意撤回書

千葉県済生会習志野病院 病院長殿

私は、千葉県済生会習志野病院地域医療連携ネットワークシステムについて下記の主治医より説明を受け、地域医療連携ネットワークシステムへの参加を同意しておりましたが、参加の同意について撤回いたします。

<患者さん記入欄>

同意撤回日	年 月 日		
習志野病院 診察券番号			
(ふりがな)			
氏名	(自署)	性別	男・女
生年月日	年 月 日		
代理人 (代理人記載の場合のみ)	続柄		

<連携医療機関記入欄>

説明者氏名			
医療機関名			
電話番号		FAX番号	

- ※コピーを2部お取り下さい。
- (原本) 郵送にて当院医療連携室宛てにご送付ください。
- (コピー1枚目) 貴院にて保管ください。
- (コピー2枚目) 患者さんご本人に控えとしてお渡しください。

【お問い合わせ先】
 千葉県済生会習志野病院 医療連携室
 〒275-8580 千葉県習志野市泉町1-1-1
 (TEL)047-473-1281 (代表) (FAX)047-473-1286

-----< 習志野病院使用欄 >-----

(処理)

受理日	登録日	台帳記入	スキャナ

(医療連携室保管)