

「岩国医療連携情報システム」同意撤回届

(かかりつけ主治医はこの同意撤回届けへも必要箇所へ記載し、同意書と共に患者さんへお渡しください)

岩国市医療センター医師会病院 病院長 殿

国立病院機構岩国医療センター 病院長 殿

(該当する□に☑を入れてください)

私は下記のかかりつけ主治医から説明を受け、岩国地域医療連携情報システムを通じて上記医療機関から診療情報の提供を受ける事に同意しておりましたが、このたび「同意撤回届」を提出し同意を撤回いたします。

<かかりつけ主治医記載欄>

かかりつけ主治医氏名： _____

医療機関名 (スタンプ可)

<患者記載欄> (同意を撤回する際に記載してください)

平成 年 月 日

明治・大正

氏名： _____ 生年月日： _____ 昭和・平成 年 月 日 歳

住所： _____

代理人の場合： _____ 続柄： _____

<撤回書の提出はかかりつけ主治医または下記岩国市医師会事務局へお願い致します>

岩国市医師会

〒740-0021 岩国市室の木町3丁目6番11号

TEL 0827 (21) 6135

FAX 0827 (22) 9218