別記第６号様式（第７条関係）

砂川市地域包括ケアネットワークシステム同意撤回届出書

砂川市地域包括ケアネットワークシステム運営協議会会長　様

私は、下記により砂川市地域包括ケアネットワークシステムに係る情報の共有に関する同意を撤回します。

記

～同意撤回届出書受理事業所記載欄～

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理事業所 |  | 電話番号 | －　 　－ |
| 受理者 |  | 部署 |  |

～患者又は利用者記載欄（自署）～

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記載日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| ふりがな |  | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 本人氏名 |  | | |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 撤回理由（任意） | |  | | | |
| 代理人記載の場合 | | 代理人  氏名 |  | 続柄 |  |

※　本書を受理した場合、速やかに事務局にＦＡＸ等により報告するとともに、原本を事務局に送付してください。

※　また、写しを２部作成し１部を患者又は利用者、もう１部を受理事業所で保管してください。

事務局記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設定者氏名 |  | 処理日 | 年　　月　　日 |
| 患者ＩＤ |  | | |