

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			