

診療情報共有のための同意書 (h-Anshin むこねっと)
撤回届

(同意書取得時に必要箇所に記載して患者さんへお渡しください)

私は下記の _____ から説明を受け、 _____ 病院において阪神医療
福祉情報ネットワークに同意申請しておりましたが、同意について撤回します。

<かかりつけ医記載欄> (同意書取得時に記載してください。)

かかりつけ医 氏名 _____	ID番号 _____
医療機関名・住所 (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。)

日付	年	月	日	
氏名 (本人が署名してください。)				
ふりがな _____	性別	男	女 (○印をしてください。)	
生年月日 _____	明治・大正	年	月	日
昭和・平成	_____	_____	_____	
住所 _____				
本人が書けない場合は代理人の方の名前 _____	続柄 _____			
(要自署)				
撤回の理由	_____			

<同意撤回書の提出は、かかりつけ医もしくは下記 むこねっと事務局 までお願いいたします>

阪神医療福祉情報ネットワーク協議会 むこねっと事務局
TEL 06-6422-6510
FAX 06-6422-6512