

周南ケアねっと 診療情報等の提供に関する同意撤回書

周南ケアねっと 事務局 御中

私は、推進協議会と周南ケアねっととの間、および周南ケアねっと参加施設間において、私の診療情報等が私の受ける共同診療に活用されることに同意していましたが、この同意を撤回します。

<必須記入欄>

記入日：令和・西暦_____年____月____日

フリガナ：_____

★同意撤回者氏名：_____

(代理記載の場合※ 代理者氏名：_____ 続柄：_____)

※：代理記載について

- ・未成年者の場合、家族または保護者等の代理人による署名が必須となります。
- ・心身の理由により自著が困難な場合、家族（内縁含む）、保護者、後見人・補佐人等の代理人による署名が可能です。

○性別：男・女

○生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 _____年____月____日

○電話番号：_____ - _____ - _____

○郵便番号：_____ - _____

○住所：_____

(郵便番号を記入した場合は市区町村を省略可能です)

本書をコピーしたものを控えとしてご自身で管理し、本書を「周南ケアねっと 事務局」宛に送付ください。

<送付先>

周南ケアねっと 事務局

〒745-8510

山口県周南市東山町6-28 徳山医師会 西岡宛

<注意事項>

お電話での同意撤回手続きは受け付けておりませんので、必ず書面でご提出願います。
同意撤回処理が完了するまでの期間は、申請から1週間～2週間程度となります。

<事務局受付者記入欄>

裏 面

事務局 受付日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
事務局 受付者氏名	_____