

大阪公立大学医学部附属病院 地域医療情報連携ネットワーク

同意撤回届

大阪公立大学医学部附属病院  
病院長 様

私は、大阪公立大学医学部附属病院地域医療情報連携ネットワークでの診療情報の閲覧に同意していましたが、下記の医療機関について同意を撤回します。

医療連携登録医記入欄	
※同意取得時に必ず事前に記入し、患者さんへお渡しください。	
医療機関名	
説明医師氏名	

患者記入欄	
撤回日	西暦 年 月 日
患者氏名 (自署)	(ふりがな) 男 女
生年月日	西暦 年 月 日
大阪公立大学医学部附属病院の診察券番号 (お持ちの方)	

※「同意撤回届」は原本を上記の医療機関か下記の大阪公立大学医学部附属病院患者総合支援センターへ提出してください。

※上記の医療機関が「同意撤回届」を受け取った場合は、お手数ですが原本を下記までご郵送ください。

※ご家族の代筆でも構いません。

<p>&lt; 同意撤回届 (原本) の提出先 &gt; 大阪公立大学医学部附属病院 患者総合支援センター 地域医療連絡室 〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町 1-5-7 TEL06-6645-2121 (代表)</p>
--

(地域医療連絡室記入欄) 受付日： 年 月 日 / 登録日： 年 月 日