

名鉄病院地域医療連携ネットワークシステム

⑩同意撤回書

名鉄病院 病院長 殿

私は、下記のかかりつけ医から、名鉄病院地域医療連携ネットワークシステム（以下「名鉄メディカルネット」という。）に関する説明並びに説明文書の交付を受け、「名鉄メディカルネット」経由の診療情報の参照に同意しておりましたが、その同意について撤回します。

【患者さん記載欄】			
	記入日 西暦	年	月 日
(フリガナ)			
患者氏名			(自署) 男・女
生年月日	年	月	日
(代理記載の場合: 代理者氏名		(続柄))

【かかりつけ医記載欄】		(同意書を記入すると同時にご記入下さい)	
	記入日 西暦	年	月 日
医療機関名	:		
かかりつけ医氏名	:		
かかりつけ医診察券番号	:		
名鉄病院診察券番号	:		

【送付・問い合わせ先】

名鉄病院 医療支援センター 地域医療連携室

〒451-8511 名古屋市西区栄生 2-26-11

TEL : (052) 586-5755 FAX : (052) 586-5756