

**市立池田病院地域医療連携ネットワークシステム
同意撤回書
(兼登録抹消完了報告書)**

情報公開病院 市立池田病院 病院長 様

私は、下記医療機関から説明を受け、地域医療連携ネットワークシステムへ参加申請しておりましたが、下記のとおり同意を撤回します。

<患者様記入欄>

同意撤回申請日	令和 年 月 日								
(ふりがな)									
患者様氏名	(自署)	男・女	(旧姓:)						
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日								
(代理人記入の場合: 代理人氏名)		続柄							
市立池田病院 診察券番号	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ※お判りであればご記入下さい								

<同意撤回施設>

- 私が参加する全ての施設において同意を撤回します。
 私が参加している以下の施設において同意を撤回します。

撤回施設名 1

撤回施設名 2

撤回施設名 3

※同意を撤回する場合は、本書を記入いただき情報提供病院 市立池田病院地域医療連携室、または当該医療機関まで持参・FAX・送付してください。

<提出先>

市立池田病院 地域医療連携室
〒563-8510
大阪府池田市城南3丁目1番18号
電話: 072-754-6379
FAX: 072-754-6380

受付	設定完了	報告完了
/	/	/