

やまと西和ネット 診療情報等の提供に関する同意撤回書

一般社団法人 西和医療圏地域医療介護連携推進協議会 事務局 御中

私は、貴法人与やまと西和ネットとの間およびやまと西和ネット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：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「一般社団法人 西和医療圏地域医療介護連携推進協議会 事務局」宛に送付ください。

<送付先>

一般社団法人 西和医療圏地域医療介護連携推進協議会 事務局

〒630-0293

奈良県生駒市乙田町1 2 4 8 番-1 近畿大学医学部奈良病院 患者支援センター内

TEL 0743-77-0880 (内線 5133)

<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	_____