

# 地域医療連携ネットワークに関する同意撤回書

\_\_\_\_\_  
殿

私は、  
 日本医科大学付属病院医療連携ネットワーク  
 東京総合医療ネットワーク  
(該当するものに✓をお願いします)

への参加を同意しておりましたが、

参加の同意を撤回します。

## <患者記載欄>

同意撤回日 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

フリカゝナ: .....

患者氏名: \_\_\_\_\_男・女 (自署)

大正・昭和

生年月日: \_\_\_\_\_平成・令和・西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

(代諾者記載の場合) 代諾者氏名: \_\_\_\_\_続柄: \_\_\_\_\_

## <医療機関記載欄>

説明担当者氏名: \_\_\_\_\_ (自署)

医療機関名: \_\_\_\_\_日本医科大学付属病院 \_\_\_\_\_ 部署: \_\_\_\_\_医療連携部門 \_\_\_\_\_

紹介元 (照会先) 医療機関 患者ID: \_\_\_\_\_

参加医療機関 患者ID: \_\_\_\_\_