

さくらネット参加同意撤回届

撤回届

私は、さくらネットに参加する医療施設において、さくらネットに参加申請し、共同診療のための診療情報の共有を同意しておりましたが、この度、参加申請を撤回します(以下の指定した医療施設での利用を取り消します)。

患者様 記載欄

平成 年 月 日

ふりがな

患者氏名(自署) : 男 ・ 女

生年月日 : 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日

住所 :

電話番号 :

ふりがな

代理人記載の場合 : 代理人氏名(自署)

続柄

連携取り消し施設

- ①
- ②
- ③
- ④

撤回理由

- 一身上の都合
- 利用する機会がなくなった
- その他 ()

※ 同意撤回届は、参加同意書取得時に記載し、患者様へお渡しして下さい。

※ 撤回届を提出された場合には、さくらネット事務局へ FAX して下さい

【さくらネット事務局】: いちき串木野市医師会立脳神経外科センター 地域医療支援室

Tel : 0996-32-9999 FAX : 0996-32-0496

Email : ik-support@i-sakuranet.jp