　(様式 HN8)

地域連携ネットワークシステム「千里eサークル」への同意撤回届

済生会千里病院　病院長　殿

　　医療機関名

　　住所

　　電話番号/FAX

　　　同意取得の際に同意書とあわせて記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患　者　情　報 | | | |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 氏　名 |  | □男性  □女性 | (明治・大正・昭和・平成)  　　　年　　月　　日(　　　歳) |

　※同意撤回届の運用方法については、利用マニュアルを確認してください。

　　私は、下記医師から、千里eサークルに関する説明、並びに説明文書の交付を受け本サービス

　　の利用に同意をしておりましたが、撤回いたします。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　本人

　　　　　　　　　　　　　　氏名：

　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　代理人(本人との続柄：　　　　　　　　　)

　　　　　　　　　　　　　　氏名：

　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　※患者さん本人(15歳以上の意思能力がある者)の署名を原則としますが、病状等により本人からの同意が困難な

　　　　場合に限り、代理権限を有する親族等の代理人による代理取得も可能です。代理人が署名した場合には代理人

　　　　氏名と続柄を必ずご記入ください。

　　　(済生会千里病院記載欄)

**設定解除**

　　　　　設定担当者名　　　　　　　　　　　㊞

日付

／

　　 　　　［事務局］〒565-0862

　　　　　　大阪府吹田市津雲台1丁目1番6号

　　　　　　済生会千里病院　患者支援センター

　　　　　　(電話)06-6871-0121(代表)　(FAX)06-6871-5915