# (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・令和)  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)

設定担当者名 ㊞

［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

# 設定解除

日付

／