

同意撤回届（患者）

私は、厚生中央医療情報ネットワークに同意しておりましたが、同意を撤回致します。

【利用者記入欄】

日付	20 年 月 日		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名（署名）			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日		
診察券番号			
自宅住所	〒 - 電話番号		
撤回の内容	<input type="checkbox"/> すべての施設 <input type="checkbox"/> 一部の施設を撤回（施設名 ）		

一部の施設を撤回する場合は必ず施設名を記載してください。記載がない場合はすべてのご登録施設を撤回いたします。

※代理者の場合は以下のご記入もお願いします

代理者氏名 （署名）		続柄	
住所	〒 - 電話番号		

申請いただいた日から停止処理が完了するまでに、1週間程度要します。

処理完了に伴うご連絡は差し上げておりません。

本用紙は厚生中央病院 受付窓口にご提出ください。

【当院記載欄】					室長	医情報室	システム登録
【受付窓口・郵送】 → 【医療情報管理室】							
受付受理日	西暦	年	月	日			
システム登録日	西暦	年	月	日			