

大阪急性期・総合医療センター診療情報地域連携システム
同意撤回届

大阪急性期・総合医療センター 総長様

私は、大阪急性期・総合医療センター診療情報地域連携システムにおける私の診療情報の閲覧に同意をしておりましたが、下記の医療機関についての同意を撤回します。

※医療機関記入欄は、同意取得時に必ず記入して患者さんにお渡しください。

医療機関記入欄	
医療機関名/コード	(医療機関コード[7桁])

患者記入欄			
撤回日	平成 年 月 日		
ふりがな			
氏名	(自署でお願いします)	男 女	旧姓
生年月日	M・T・S・H 年 月 日		
代理人記載の場合	代理人氏名	法定代理人・任意後見人	
大阪急性期・総合医療センターの診察券番号(8桁)			

※ 代理人は、法定代理人がいる場合には法定代理人、診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人となります。

※ 「同意撤回届」は原本を上記医療機関または大阪急性期・総合医療センター地域医療連携センターへ提出してください。

※ 上記医療機関が「同意撤回届」を受け取った場合は、原本を大阪急性期・総合医療センター地域医療連携センターへ郵送してください。

<提出先> 大阪急性期・総合医療センター 地域医療連携センター

〒558-8558 大阪市住吉区万代東3丁目1番56号 TEL 06(6606)7014 FAX 06(6693)4143

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日 登録日： 年 月 日