

様式 6

NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステム

診療情報連携不同意届

■患者さん記載欄

NTT 東日本札幌病院地域医療連携ネットワークシステム運用管理者 殿

私は、下記参加施設において地域医療連携ネットワークシステムでの診療情報共有に同意しておりましたが、この度、同意を撤回します。

年 月 日

ふりがな

患者氏名： 性別：男 ・ 女

生年月日： 年 月 日

(代理人記載の場合：代理人氏名 続柄 )

■同意書取得施設記載欄

送付日：

医療機関名：

担当者： 電話番号： - -

【FAX 送付先】

NTT 東日本札幌病院 〒060-0061 札幌市中央区南1条西15  
入退院・総合相談センター TEL：011-623-8320 FAX：011-640-5441

■NTT 東日本札幌病院仕様欄

担当者職氏名	印
日付	年 月 日