(様式7)

西予市地域医療情報連携ネットワークシステム(せい坊ネット)利用に係る同意撤回書

西予市民病院長　殿
野村診療所長　　殿

私は、西予市地域医療情報連携ネットワークシステム(せい坊ネット)の説明および説明文書の交付を受け、当システムの利用について同意しておりましたが、撤回いたします。

同 意 者 (患 者) 記 入 欄	
同意撤回日	年　　月　　日
同意撤回者(患者)氏名	ふりがな (男 ・ 女)
生年月日	(明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和) 年　　月　　日　　(歳)
住所	
代理人氏名(*1)	(続柄:　　)
撤回の理由等	

医 療 機 関 記 入 欄*2	
医療機関名(*2)	
利用医氏名	
連絡先	TEL:　　FAX:
説明者	□利用医師 部署:　　氏名

＊1:同意撤回者(患者)本人(18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撤回が困難な場合に限り、親族または親族に準ずる代理人による同意撤回も可能です。その場合は代理人の氏名と続柄を必ずご記入ください。
＊2:同意取得時に記載してください。
＊3:この同意撤回書をもって西予市民病院及び野村診療所へ情報開示の同意を撤回されたものといたします。

(西予市立病院記載欄)

設定完了日	年　　月　　日
設定担当者	

【送付先】
・西予市民病院
〒797-0029 西予市宇和町永長 147 番地 1
TEL:0894-62-1121 (代表)
FAX:0894-62-5576 (地域連携室)