

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 きしのうらネット参加同意撤回届

(同意書取得時、紹介元記載欄に記入して患者様にお渡しください)

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 殿

私は、下記の説明担当者から説明を受け、独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 きしのうらネットに参加申請しておりましたが、参加の同意を撤回します。

〈同意書取得施設記載欄〉 (同意書取得時にご記入ください)

説明担当者： _____ (自署)

紹介元医療機関名： _____

〈患者様記載欄〉 (同意を撤回する際にご記入してください)

平成 年 月 日

ふりがな

患者氏名： _____ (自署) 男 ・ 女

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

(代理人記載の場合：代理人氏名 _____ 続柄 _____)

電話番号 _____ (事務局よりお問い合わせのためにご記入をお願いします)

この撤回届は、参加について説明を受けた医療機関までに提出して下さるか、下記 事務局まで郵送してください。

〒806-8501 北九州市八幡西区岸の浦1-8-1

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院 医療支援部

TEL : 0120-489-788

FAX : 0120-229-822

参加同意撤回届