

(様式第4号)

## 扇状地ネット参加中止届

(同意書取得時に必要箇所に記載して患者様へお渡し下さい)

黒部市民病院地域医療連携室 宛

私は、下記の担当者より説明を受け、下記機関において扇状地ネットに参加しておりましたが、その同意について撤回します。

(患者様記載欄)

平成 年 月 日

フリガナ

患者様氏名: \_\_\_\_\_ 男 女 (自署)

生年月日: 明治・大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日

(代理記載の場合 氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_)

(担当者記載欄)

説明した担当者氏名: \_\_\_\_\_ (自署)

扇状地ネットID: \_\_\_\_\_

所属機関: \_\_\_\_\_

黒部市民病院の患者ID番号: \_\_\_\_\_

【郵送の場合は下記の宛先までお願い致します】

黒部市民病院地域医療連携室(フレンジイ)  
〒938-8502 富山県黒部市三日市1108-1  
Tel:0765-56-7230 Fax:0765-54-2981