

(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)

令和 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