

# 中空知医療連携ネットワーク参加申込書及び情報利用同意撤回書

中空知医療連携協議会会長 様

## ●患者情報(自署)

記載日 年 月 日

ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
住所	〒	電話番号	
保険証	記号 番号		
代理人記載 の場合	代理人 氏名	続柄	

医療サービスを目的とした、「中空知医療連携ネットワーク」に参加する下記の医療機関等に私の診療情報を提供することに同意していましたが、同意を撤回します。

## ●私の診療情報について、下記のとおり公開の同意を撤回します。(いずれかにチェック)

- 下記医療機関全て  
 下記医療機関のうち、チェックした医療機関
- 市立芦別病院     あかびら市立病院     砂川市立病院  
 滝川市立病院     奈井江町立国保病院

## ●私の診療情報について、下記の医療機関等が参照する同意を撤回します。(いずれかにチェック)

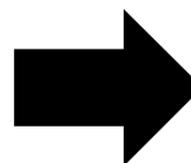
- この同意書を取得した医療機関等のみ  
 参加医療機関等全て  
 記載欄に記載した医療機関等のみ  
 記載欄に記載した医療機関等以外

記載欄
-----

- ・同意の申請や変更はネットワークに参加する医療機関にお申し出ください。
- ・ネットワークに参加する医療機関に変更があった場合は、院内掲示や病院ホームページでお知らせします。

### 【同意撤回書取得医療機関等記載欄】

医療機関等名	提出日	年	月	日
--------	-----	---	---	---



同意撤回書 提出先病院	
<input type="checkbox"/>	市立芦別病院
<input type="checkbox"/>	あかびら市立病院
<input type="checkbox"/>	砂川市立病院
<input type="checkbox"/>	滝川市立病院
<input type="checkbox"/>	奈井江町立国保病院

### 【公開設定医療機関記載欄】

ネットワークID		処理日	年	月	日
		担当			所属長
公開処理変 更医療機関					