

様式 6 号

県央デルタネット同意撤回書（記入例）

（同意書と共に、この同意撤回届けへも必要箇所に記載し、患者さんへお渡しください）

（該当する□に✓を入れておいてください）

- 総合病院山口赤十字病院
- 山口県済生会山口総合病院
- J A山口厚生連小郡第一総合病院
- 協愛会阿知須共立病院
- 山口県立総合医療センター
- 神徳会三田尻病院
- 防府消化器病センター防府胃腸病院

県央デルタネット協議会代表者 殿

私は下記の同意取得施設から説明を受け、県央デルタネットを通じて主に上記医療機関等から診療・介護情報の提供を受ける事に同意しておりましたが、このたび「同意撤回書」を提出し、同意を撤回いたします。

<同意取得施設記載欄>（同意書のコピーを患者さんへ渡す際に記載してください）

同意取得者名(わかる範囲で)： 県央 でのた

同意取得施設名（スタンプ可）

県央デルタクリニック

<患者記載欄>（同意を撤回する際に記載してください）

(西暦) 年 月 日

大正・昭和

氏 名： _____ 生年月日：平成・令和 _____ 年 月 日

住 所：(〒 _____) _____ 市

代理人の場合： _____ 続柄： _____

【撤回書の提出は同意取得施設または下記のいずれかの県央デルタネット事務局へお願い致します】

山口市医師会内県央デルタネット事務局（〒753-0056 山口市湯田温泉 5 丁目 2-21 FAX：083-922-4229）

吉南医師会内県央デルタネット事務局（〒754-0002 山口市小郡下郷 799 FAX：083-972-4630）

防府医師会内県央デルタネット事務局（〒747-0814 防府市三田尻 1 丁目 3-1 FAX：0835-24-4060）