## **様式第５号（第１７条関係）患者同意撤回届**

### **豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム患者同意撤回届**

豊橋市民病院　 院長　様

私は、下記の主治医から説明を受け、下記の医療機関において豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムに参加しておりましたが、参加の同意について撤回します。

**＜患者記載欄＞**

**記載日： 年 月 日**

フ リ ガ ナ

**患者氏名： (自署)**

**生年月日： 年 月 日**

**住所：**

**（代理人氏名： 続柄： ）**

**豊橋市民病院 診察券登録番号**※必ず記載する必要はありません

**＜主治医記載欄＞**

**説明した主治医氏名： 情報提供を受ける**

**かかりつけ医療機関名：**

**所在地：〒**

**電 話：( ) - FAX：( ) -**

＊本書原本は、豊橋市民病院患者総合支援センター・地域連携担当へＦＡＸ（０５３２－３３－３０３７）送信後、郵送等にてご提出ください。控えが必要な場合は、本書の写しをかかりつけ医療機関にて保管してください。

（豊橋市民病院取扱欄） ＜撤回＞

受 理 日： 年 月 日

受付者

作業者

登録日： 年 月 日

患者ＩＤ：