

上小メディカルネット参加同意撤回届

(同意書記入時に必要箇所を記載して患者さんへお渡し下さい。)

- 信州上田医療センター 院長
東御市民病院 院長
国保依田窪病院 院長
小諸厚生総合病院 院長
- } 殿

私は、下記の説明担当者から説明を受け、下記施設において上小メディカルネットに参加申請しておりましたが、参加の同意を撤回します。

(撤回は複数でも個別でも、が付いた施設を撤回します。)

〈施設記載欄〉 (同意書記載時に記入して下さい。)

説明担当者 (自署) : _____

施設名 : _____

〈患者さん記載欄 ※同意を撤回する際に記入して下さい。〉

平成 年 月 日
患者氏名 : _____ 男・女
生年月日 : 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
(代理人記載の場合 : 代理人氏名 _____ 続柄 _____)

該当する各病院に郵送又はFAXで連絡をお願いいたします。

信州上田医療センター 地域医療連携室

住 所 〒386-8610 上田市緑が丘1-27-21

電 話 0268-22-1890 FAX 0268-22-1893

東御市民病院 地域医療連携室

住 所 〒389-0502 東御市鞍掛198

電 話 0268-62-0050 FAX 0268-64-7571

国保依田窪病院 地域医療連携室

住 所 〒386-0603 小県郡長和町古町2857

電 話 0268-68-2036 FAX 0268-68-0091

小諸厚生総合病院 地域連携室

住 所 〒384-8588 小諸市与良町3-2-31

電 話 0267-22-1070 FAX 0267-23-9127