

大牟田市立病院 地域医療連携システム（通称：ありあけネット）

同意撤回書

地方独立行政法人大牟田市立病院 院長 殿

私は、下記の主治医から説明を受け、下記医療機関において地域医療連携（診療情報共有）システム（ありあけネット）に参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

<かかりつけ医>

主治医氏名： _____（自署）
医療機関名： _____

<患者さま記載欄>

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ふりがな.....
患者氏名： _____ 男 ・ 女 _____（自署）
明治 ・ 大正 ・ 昭和
生年月日：平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
代理者の場合： _____ 続柄： _____
撤回理由： _____

<郵送の場合は下記までお願い致します>

地方独立行政法人大牟田市立病院 患者総合支援部
〒836-8567 福岡県大牟田市宝坂町2-19-1
電話：0944（53）1061（代表）
時間：平日8：30～17：00