ぎふ清流ネット同意撤回届

公開を依頼する開示施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院長　殿

　私は、下記の医師に説明を受け、ぎふ清流ネットの利用に同意をしておりましたが、撤回いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| **患者さん記入欄** |
| フリガナ |  | 性別 | 年齢 | 生年月日 |
| 氏　　　名（自署） | 様 | □男性□女性 | 歳 | （明・大・昭・平・令）年　　月　　日 |
| 代筆による記載 | 代筆者名（自署） | 続柄 |  |
| 撤回の理由等 |  |

|  |
| --- |
| **医療機関記入欄** |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| 説明を行った利用者ＩＤを持つ医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　※自署の場合、押印は必要ありません。 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 開示施設名 |  |

（開示施設記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 設定解除完了日付 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 閲覧施設返信日付 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |