

ぎふ清流ネット同意撤回届

青字…閲覧施設記入

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。

平成 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 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 歳 | (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 |
| 代筆による記載 | 代筆者名 (自署) | | | 続柄 |
| 撤回の理由等 | | | | |

↓同意取得の際に同意書とあわせて記入してください。

| 医療機関記入欄 | | | |
|-------------------|------------------------------|-----|--------------|
| 医療機関名 | △△診療所 | | |
| 医療機関所在地 | 〒500-8510 岐阜市藪田南3-5-11 | | |
| 説明を行った利用者IDを持つ医師名 | 岐阜太郎 印 ※自署の場合、押印は必要ありません。 | | |
| TEL | 058-274-1111 | FAX | 058-271-1651 |
| 開示施設名 | 〇〇病院 | | |

(開示施設記載欄)

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