

まほろば医療連携ネットワーク（まほろばネット）参加撤回届出書

まほろば医療連携ネットワーク協議会 殿

私は、下記の医療施設においてまほろばネットに参加申請し、以下の指定医療施設間での共同診療のための診療情報の共有を同意しておりましたが、この度、参加申請を撤回します（以下の指定した医療施設での利用を取り消します）。

《患者さん記載用（自署）》

申込年月日：	令和	年	月	日			
フリガナ	：						
患者氏名	：			性別	男	・	女
生年月日	：	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日		
住所	：	〒			電話番号		
代理人記載の場合	：	代理人氏名			続柄		

《同意書取得施設記載用》

同意書取得施設名	：		患者 ID	：
電話番号	：		説明担当者（自署）	：
		<input type="checkbox"/> 済生会中和病院	患者 ID	有・無
		<input type="checkbox"/> 国保中央病院	患者 ID	有・無
連携医療施設名	<input type="checkbox"/>		患者 ID	有・無
	<input type="checkbox"/>		患者 ID	有・無
	<input type="checkbox"/>		患者 ID	有・無

原本は、同意書取得施設が保管するものとします。

コピーを一部患者さん本人へお渡しし、連携先施設に FAX で送信してください。

済生会中和病院：TEL: 0744-43-5001 FAX:0744-43-6625

国保中央病院： TEL:0744-32-8800 FAX:0744-32-5999

※至急登録の場合には FAX 送信後、連携先医療機関へ電話連絡をお願いいたします。