

## 須高医療連携ネットワーク同意撤回届

長野県立信州医療センター院長 殿

私は下記の主治医から説明を受け、須高医療連携ネットワーク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。

医療機関記入欄			
※同意取得の際に同意書とあわせて記入し、必ず患者さまにお渡してください			
医療機関名			
電話番号		FAX	
説明した医師名 (自署)			

患者さん記入欄				
		記入日	年	月 日
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名 (自署)	様 (旧姓： )	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
信州医療センターの患者番号	※確実な確認のためできる限りご記入ください			
代理人による記載の場合	代理人氏名： (続柄： )			

※同意撤回届は上記医療機関または信州医療センターに提出してください。

長野県立信州医療センター 地域医療福祉連携室

TEL : 026-245-1650 (代表) FAX : 026-248-3240

※対応時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 9:00 ～ 17:00

## ■信州医療センター使用欄

担当者職氏名	印
解除完了日付	年 月 日