

ふじのくにねっとによる診療情報提供についての不同意撤回書

ふじのくにバーチャル・メガ・ホスピタル統括責任者 殿

私は、ふじのくにねっとによる診療情報の提供について提出した不同意書を撤回します。

<患者様ご記入欄>

署名した日： 年 月 日

ふりがな
氏名 _____ (旧姓 _____) 男・女 (自署)

※旧姓がある場合、旧姓もご記入ください。

生年月日 大正・昭和
平成・令和 _____年____月____日

住 所 _____

(代理者記載の場合 代理者署名： _____ 続柄： _____)

※記入済みの不同意書は、[地域医療連携室](#)へ提出してください。

以下、病院記入欄

受領日： _____年____月____日

受領者： 部署 _____ 氏名 _____