

<情報提供機関>

<input type="checkbox"/> 青森県立中央病院	<input type="checkbox"/> 十和田市立中央病院
<input type="checkbox"/> 青森市民病院	<input type="checkbox"/> つがる総合病院
<input type="checkbox"/> 弘前大学医学部附属病院	<input type="checkbox"/> かなぎ病院
<input type="checkbox"/> 黒石市国民健康保険黒石病院	<input type="checkbox"/> 鱒ヶ沢病院
<input checked="" type="checkbox"/> 八戸市立市民病院	<input type="checkbox"/> つがる市民診療所
<input checked="" type="checkbox"/> 八戸赤十字病院	<input type="checkbox"/> 鶴田診療所

<閲覧機関>

閲覧機関名 (地域連携クリニック)

院長 殿

私は、あおもりメディカルネットに参加し、私の診療情報が上記の施設の間で相互共有されることに同意しておりましたが、この度、同意を撤回いたします。

① 患者様 記載欄	届出年月日	平成 29 年 4 月 30 日	
(フリガナ) 患者氏名 (自署)	アオモリ タロウ 青 森 太 郎	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
生年月日等	明治・大正 昭和・平成 25 年 4 月 30 日 (満 67 歳)	電話番号	(017) 722 - 1111
住 所	(〒 030 - 8570) 青森市長島 1 丁目 1-1		
本人以外の 場 合	氏名 (自署) 法定代理人以外の代書理由:	続柄 (法定代理人・ 連絡先 ())
撤回の理由	治療が終了したため		

② 撤回届取得機関 記載欄			
医療機関名 及び診療科	青森県立中央病院 (.....科)	電話番号	017-.....
		F A X	017-.....
主治医氏名	津軽 三郎	撤回届 取得者	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医に同じ (職種)
患者 I D		

③ 情報提供機関 (公開解除担当) 記入欄	撤回届取得情報提供機関	連携先機関
施設・部署名		
電 話 番 号		
患者 I D / 地域 I D	/	/
担当者氏名	印	印
解除完了日	平成 年 月 日	平成 年 月 日