

熊本地域医療センター地域医療連携システム同意撤回書

熊本地域医療センター 病院長 殿

私は、熊本地域医療センター地域医療連携システムに関して同意しておりましたが、同意について撤回します。

<患者記載欄> (同意を撤回する際に記載してください)

平成	年	月	日	
氏名：	_____	生年月日：	_____	_____
			明治・大正	
			昭和・平成	年 月 日 歳
住所：	_____			
代理人の場合：	_____	続柄：	_____	

<撤回書の提出は熊本地域医療センターまでお願い致します。>

【お問い合わせ先】 : 熊本地域医療センター地域医療連携部門
電話番号 096-366-1323