

熊本地域医療センター地域医療連携システム再同意書

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を撤回しておりましたが、再度同意します。

<患者記載欄>

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

<再同意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