（様式３－２）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| くるめ診療情報ネットワーク協議会  参加同意撤回書送信票 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **施設名** |  | **御中** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **施設名** |  | **担当** |  |
| **電　話** |  | | |
| **ＦＡＸ** |  | | |

　下記患者様から、この度、別紙のとおり参加の同意撤回書が提出されましたので、撤回書の写しとともに送信いたします。

　　【患者氏名】

※　「くるめ診療情報ネットワーク協議会参加同意撤回書」の連携施設名欄に記載の医療機関に送付(FAX)する。