（様式３－３）

**くるめ診療情報ネットワーク協議会(アザレアネット)**

**参加同意撤回通知**

**患者から同意を取得していた医療機関　様**

**システム同意撤回書を受理した医療機関**

**（管理担当者）**

（赤字の部分に該当する医療機関名を入力し使用して下さい）

先にくるめ診療情報ネットワーク協議会(アザレアネット)において、参加同意を取得されていた下記の患者様から別紙のとおり「参加同意撤回届」が提出されました。

つきましては、同患者様にかかる診療情報についてのシステム登録を抹消しましたのでお知らせします。

**【患者氏名】**