（様式５－２）

佐賀県地域連携パスシステム登録同意撤回書

○○○○○○○○○○病院　管理担当者　様

私は、私の地域連携パスが佐賀県地域連携パスシステムに登録されることに同意していましたが、撤回いたします。

記　　載　　日	平成　　年　　月　　日			
ふ　り　が　な				
氏 名 （ 自 署 ）				
生　年　月　日	明治　大正　昭和　平成　　年　　月　　日			
代理人による記載	代理人氏名（自署）		続 柄	

【同意撤回書の使用方法】

- この同意撤回書は、佐賀県地域連携パスシステムへの地域連携パスの登録の同意を撤回するときに必要な書類ですので、大切に保管してください。
- 佐賀県地域連携パスシステムへの地域連携パスの登録の同意を撤回する必要が生じたときに、必要事項を記入の上、同意書を提出した医療機関に提出してください。
  なお、同意撤回書の提出後、速やかに処理を行いますが、佐賀県地域連携パスシステムに変更が反映されるまでに一定の時間を要しますので、あらかじめご了承ください。
- この同意撤回書を紛失した場合は、同意書を提出した医療機関で再交付を受けるか、診療情報地域連携システム（ピカピカリンク）のホームページからダウンロードすることができます。
- この同意撤回書に記載された個人情報は、佐賀県地域連携パスシステムにおける地域連携パスの共有の中止の処理においてのみ使用し、それ以外の目的のために使用し、又は第三者に提供することはありません。

※ 同意撤回書を受領した医療機関は、速やかに、佐賀県医療センター好生館あてに、同意撤回書を FAX 送信してください。（あて先：地域医療連携室、FAX 番号：0952-28-1269）