



診療情報地域連携システム参加同意撤回書

連携施設名： _____

管理担当者様

私は、診療情報地域連携システムで私の診療情報が共同診療に活用されることに同意していましたが、撤回いたします。

同意撤回によって今後の診療等においていかなる不利益も生じないことも承知しています。

撤回書記入日	平成	年	月	日			
患者氏名（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			続柄			

この同意撤回書の使用法

この撤回書は診療情報地域連携システムへの参加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。

診療情報地域連携システムへの参加同意を撤回する必要があるときに必要事項を記入の上最寄りの診療情報地域連携システム参加機関に提出してください。

紛失した場合は最寄りの参加機関で再発行を受けるかピカピカリンクのホームページよりダウンロードすることができます。

同意撤回書提出後速やかに処理をいたしますが、システムに反映するまでに一定の時間を要する場合がありますので予めご了承ください。

※記載された個人情報、診療情報地域連携システムにおいて使用し、それ以外の目的のために使用又は第三者に提供することはありません。