



年 月 日

診療情報地域連携システム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】 _____

※ 「診療情報地域連携システム参加同意撤回書」の連携施設名欄に記載の医療機関に送付（FAX）する。