

かごネット同意撤回書

一般社団法人鹿児島地域医療介護ネットワーク 殿

私は、かごネットに関する説明および説明文書の交付を受け、情報の共有に同意していましたが、この同意を撤回します。

患者さん記入欄			
日付	年 月 日		
ふりがな		性別	男・女
氏名 (自筆)			
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所			
代理人氏名		続柄	
※患者さん本人の署名を原則としますが、病状等により本人の意思が不明確な場合は、家族等代理の方による署名も可能です。			

施設記入欄			
施設名			
	TEL		FAX
同意撤回担当者	部署	氏名	
通信欄			