

きのくに医療連携システム「青洲リンク」参加同意撤回書

きのくに医療連携システム「青洲リンク」運用管理者様

私は、きのくに医療連携システム「青洲リンク」への参加同意を撤回します。

患者さんご記入欄			
申請日	年 月 日		
地域患者ID			
ふりがな			
氏名（自署）	男 ・ 女		
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
住所	〒		
代理人による記入	代理人氏名 （自署）	親権者 / 法定代理人 / 代理人 ※代理人は3親等以内のご家族に限ります	続柄
撤回希望	<input type="checkbox"/> 平時 <input type="checkbox"/> 災害時 <input type="checkbox"/> 平時・災害時 ※いずれかを選んでください		

事務局からシステム担当に連絡を行い、システム担当が処理を行います。

青洲リンク事務局		システム担当	
受付日/ 担当者：	年 月 日	受付日/ 担当者：	年 月 日
確認日/	年 月 日	処理日/	年 月 日

令和4年7月7日改訂