

熊本地域医療センター—地域医療連携システム同意撤回書

熊本地域医療センター 病院長 殿

私は、熊本地域医療センター—地域医療連携システムに関して同意しておりましたが、同意について撤回します。

<患者記載欄> (同意を撤回する際に記載してください)

年	月	日
氏名：	_____	生年月日：_____年 月 日 歳
住所：	_____	
代理人の場合：	_____	続柄：_____

<撤回書の提出は熊本地域医療センターまでお願い致します。>

【お問い合わせ先】 : 熊本地域医療センター—地域医療連携部門
電話番号 096-366-1323