**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 | □平時　　　□災害時　　　□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/　　 年　　月　　日担当者： | 受付日/　 　年　　月　　日担当者： |
| 確認日/　　 年　　月　　日 | 処理日/　　 年　　月　　日 |

令和４年７月７日改訂