

別紙（第13条関係） 共有撤回書

八尾市立病院 病診薬連携システム 共有撤回書

私の診療情報を下記の施設を情報共有することについて中止します。

<撤回施設名>

説明者氏名： (自署)			
八尾市立病院診察券番号：			
施設名		電話番号	
		FAX番号	

<患者様記入欄>

提出日	令和 年 月 日		
(ふりがな)			
患者様氏名	(自署)	男・女	(旧姓：)
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日		
(代理人記載の場合：代理人氏名)		続柄	

同意を撤回する場合に、この書類を八尾市立病院 地域医療連携室まで持参・郵送してください。

<提出先>

八尾市立病院 地域医療連携室

〒581-0069

大阪府八尾市龍華町一丁目3番1号

電話 072(922)0887 FAX 072(922)8167

受付	公開設定	スキャナ	保管