

なすびんネット同意撤回届

書式C

(情報公開施設名)

院長 様

私は、下記の医療機関から説明を受け、「なすびんネット」の利用に同意をしておりましたが、撤回いたします。

患者さま 記入欄

記載日	年	月	日
氏名 (自署)	(旧姓 :)		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日
代理人※ (自署)	氏名		続柄
	住所	連絡先	
撤回の理由 (任意)			

※代理人を立てる場合のみ、ご記入ください。

↓同意書取得の際に、同意書とあわせて記入してください。

医療機関 記入欄

説明者	担当医師名		
	医療機関名		
	連絡先	TEL :	FAX :

◎同意撤回届（原本）：同意撤回届を受け付けた施設で保管してください。

◎同意撤回届（コピー）：患者さまにお渡しください。

※同意撤回届の取扱いは、「なすびんネットマニュアル」をご参照ください。

（※情報公開施設（担当部署）の連絡先は、「なすびんネットホームページ」をご参照ください。）

情報公開施設 記入欄

設定完了

日付

担当者名： _____ TEL： _____

※患者情報の公開停止設定完了後、右の「設定完了」欄に日付を記入して閲覧施設へご連絡ください。