

- ・本書類はハートネットホスピタル事務局にFAXし、原本は利用施設で保管してください。
- ・コピーを1部として患者さん本人へお渡しください。
- ・手続き処理完了後は、ハートネットホスピタル事務局からFAXで返信します。
- ・ID-Linkシステム上から関連する全てのデータが削除されます。

ハートネットホスピタル 患者同意撤回書

私は、私の情報がハートネットホスピタルで利用されることに同意していましたが、この同意を撤回します。

患者記入欄	撤回書記入年月日	令和 年 月 日		
	フリガナ 患者氏名（自署）		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	住 所	（〒 - ）		
	電話番号			
	代理人記入の場合	代理人氏名（自署）		続柄

施設撤回書記入取得欄	説明者名（自署）		職名	
	撤回書取得施設名		患者番号	

以下 金沢市医師会 記入欄

令和 年 月 日に、上記患者さんの同意撤回手続きが完了しましたので、お知らせします。

整理番号	
担当	
処理日	令和 年 月 日

金沢市医師会 ハートネットホスピタル事務局
〒920-0912 金沢市大手町3-21
TEL 076-263-6070
FAX 076-223-7079
Email hnh@kma.jp
受付 9時～17時 月～金（祝日除く）