ひろしま脳卒中地域連携パス同意撤回書

○○病院　担当者　様

　私は、私の地域連携パスがひろしま脳卒中地域連携パスに登録されることに同意していましたが撤回します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記載日 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名（自署） |  |
| 生年月日 |  |
| 代理人による記載 | 代理人氏名（自署） |  | 続柄 |  |

|  |
| --- |
| 【同意撤回書の使用方法】・この同意撤回書は、ひろしま脳卒中地域連携パスへの地域連携パスの登録の同意を撤回するときに必要な書類ですので、大切に保管して下さい。・ひろしま脳卒中地域連携パスへの地域連携パスの登録の同意を撤回する必要が生じたときに、必要事項を記入の上、同意書を提出した医療機関に提出してください。なお、同意撤回書の提出後、速やかに処理を行いますが、ひろしま脳卒中地域連携パスに変更が反映されるまでに一定の時間を要しますので、あらかじめご了承下さい。・この同意撤回書を紛失した場合は、同意書を提出した医療機関で再交付を受けるか、広島県地域保健対策協議会のホームページからダウンロードすることができます。・この同意撤回書に記載された個人情報は、ひろしま脳卒中地域連携パスにおける地域連携パスの中止の処理においてのみ使用し、それ以外の目的のために使用、または第三者に提供することはありません。 |