

「三条ひめさゆりネット」  
システム利用に関する同意撤回書

平成 年 月 日

三条市医師会長 様

私は、「三条ひめさゆりネット」における医療・介護支援情報の活用について同意しましたが、このたび同意を撤回いたします。

<利用者>

ふりがな  
本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

<撤回書受取者>

事業所名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※同意撤回書受け取り事業所へお願い

本同意撤回書を記載後、本人用控え（写）を利用者（患者）様へ渡してください。  
事業所の方は、写しを保管し、原本は三条市医師会へ提出してください。

〒955-0862 三条市南新保 6-43  
三条市医師会（三条市在宅医療推進センター）  
電話 0256-46-8033（直通）