（様式５）

地域医療連携ネットワークシステム（HiMEネット）への同意撤回届

国立大学法人

愛媛大学医学部附属病院　病院長　殿

　私は，地域医療連携ネットワークシステム（HiMEネット）について，説明及び文書の交付を受け，本サービスの利用について同意しておりましたが，撤回します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意撤回者（患者）記入欄 | | | | |
| 同意撤回日 | （西暦）　20　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 同意者（患者）氏名 | （フリガナ） | | | |
|  | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 性別 | □男　　　□女 |
| ※1 代理者記載欄 | 代理者氏名 |  | 続柄 |  |
| 同意撤回理由 |  | | | |
| 施設（利用者）記入欄　*（同意取得時に記載してください。）* | | | | |
| 施設名 |  | | | |
| 利用者名 | （フリガナ） | | | |
|  | | | |
| 連絡先 |  | | | |
| 説明者（利用者と異なる場合に記載） | 説明者名： | | | |

※1　同意撤回者（患者）本人（18歳以上の意思能力がある者）の署名を原則としますが，病状等により本人からの同意撤回が困難な場合は，親族又は親族に準ずる代理人による同意撤回も可能です。その場合，代理者記載欄へ署名をお願いします。なお，18歳未満の場合は，代理者記載欄に親権者の署名をお願いします。

―――【これより下は愛媛大学医学部附属病院　地域連携担当部署記載欄です】―――――――――――

〒791-0295　愛媛県東温市志津川454

愛媛大学医学部附属病院

総合診療サポートセンター　地域医療連携ネットワークシステム（HiMEネット）担当

089-964-5111（代表）内線2362

FAX：089-960-5995

|  |  |
| --- | --- |
| 設定解除日 | 担当者名 |
| 20　　年　　月　　日 |  |