

(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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
※1 代理人記載欄	代理人氏名		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、代理人記載欄へ署名をお願いします。なお、18 歳未満の場合は、代理人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】——

設定解除日	担当者名
20 年 月 日	

〒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