**糖尿病及び慢性腎臓病(CKD)の**

別紙６

810

**重症化予防事業における情報提供同意撤回書**

この度、私は、「山形県糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）の重症化予防事業における情報提供」に同意しましたが、その同意を撤回します。

年　　月　　日

氏名（ご署名）

留意事項

・情報提供の同意を撤回したい場合は、上記の氏名欄にご署名をお願いします。

・同意の撤回は、この撤回書によるものだけではなく、電話でも受け付けます。その場合は、下記の連絡先又は「情報提供同意書」に記載された説明者の電話番号にご連絡ください。

・この同意撤回書は、複写（コピー）をし、原本は説明者が保管し、同意者はコピーを保管してください。

・説明者は、保健指導を依頼した担当者に、同意の撤回についてご連絡くださるようお願いします。

**説明者連絡先**

所　　属

氏　　名

電話番号