

(別記様式第5号)

もがみネット撤回届出書

私は、もがみネットに参加申請し、下記の医療機関に診療情報を提供することに同意しておりましたが、この度、参加申請を撤回します。(以下の指定した医療機関での利用を取り消します。)

【医療機関・施設記載欄】

申 込 年 月 日	年 月 日		
フリガナ		性 別	男 ・ 女
患 者 氏 名			
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住 所	〒	電話番号	
代理人同意の場合 代理人氏名		続 柄	
参照医療機関 ・施設名			
上記医療機関・施設 における患者番号			
(介護施設等のみ) 代表者名	印	(介護施設等のみ) 担当者名	印

【署名欄】

--

※患者もしくは代理人による署名が困難な場合の担当者確認欄

患者もしくは代理人が診療情報の提供に関する同意を撤回したことを、担当者が確認した。

患者の同意を撤回した旨及び担当者名を診療録等に記載した。

【情報開示病院記載欄】

①	山形県立新庄病院	患者 ID:
②	山形県立中央病院	患者 ID:
③		患者 ID:

【FAX 送付先】※情報提供の撤回を希望する医療機関に FAX してください。

①の場合: ★県立新庄病院医事経営相談課 TEL:0233-22-5525 FAX:0233-28-7277

②の場合: ★県立中央病院地域医療部 TEL:023-685-2618 FAX:023-685-2606

③(①・②以外の医療機関)の場合: 当該医療機関へ直接 FAX にてお送りください。

【原本郵送先】※上記に FAX したうえ、下記へ原本を郵送し、コピーを保存してください。

県立新庄病院医事経営相談課 〒996-0025 山形県新庄市若葉町12-55

電 話 番 号		FAX 送信者氏名	
---------	--	-----------	--