参照施設→小樽市立病院

**おたるしりべしLink（小樽後志地域医療連携システム）参加同意撤回届**

　私は、下記施設においておたるしりべしLinkでの診療情報共有に同意しておりましたが、この度、同意の撤回をいたします。

**『患者記載欄（自署）』**

令和　　　年　　　月　　　日

　　患者氏名：

　　生年月日：　明・大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳）

　　代理人記載の場合：代理人氏名　　　　　　　　　　　　　続柄

**『受付施設記載欄』**

　　施 設 名　：

　　受付担当者　： 部署　　　　　　　 　氏名

　　参照施設ID（貴院）　：

　　公開施設ID（小樽市立病院記載）　：

※原本は、参加同意撤回届を受理した医療機関が保管するものとします。

ご記入の上、参照施設は公開施設（小樽市立病院）にFAX送信してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 解除月日 | 受　付 | 処　理 | 確　認 |
|  |  |  |  |

＜ 送 信 先 ＞

小樽市立病院　患者支援センター

TEL：０１３４－２５－１６０５

FAX：０１３４－２５－１６００