

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