

個人情報取扱同意撤回書

一般社団法人 x x x 医師会 殿

件名 x x x x 多職種ネットワーク事業

私は、本事業に参加の同意しておりましたが、同意を撤回いたします。

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| 同意撤回日     | 平成     年     月     日 |
| 同意者（本人）署名 | _____                |
| 住所        | _____                |
| 電話番号      | _____                |

(本人が署名できない場合については、家族等が代理で署名してください。)

上記患者に対して、撤回書を受領したことを確認します。

|        |                      |
|--------|----------------------|
| 撤回書受理日 | 平成     年     月     日 |
| 担当医師署名 | _____                |
| 施設・部署名 | _____                |
| 連絡先    | _____                |