

きずな
「北はりま絆ネット」参加同意撤回書

(情報公開施設：平成 30 年 6 月現在)

- 市立西脇病院 院長様 (FAX 0795-23-4580 〒677-0043 下戸田 652-1)
市立加西病院 院長様 (FAX 0790-42-5365 〒675-2393 北条町横尾 1-13)
加東市民病院 院長様 (FAX 0795-42-0307 〒673-1451 家原 85)
大山記念病院 院長様 (FAX 0795-28-5801 〒679-0321 黒田庄町田高 313)
北播磨総合医療センター 院長様 (FAX 0794-62-9911 〒675-1392 市場町 926-250)
多可赤十字病院 院長様 (FAX 0795-32-5277 〒679-1114 中区岸上 280)
服部病院 院長様 (FAX 0794-70-8024 〒673-0413 大塚 218-3)
三木山陽病院 院長様 (FAX 0794-85-3582 〒673-0501 志染町吉田 1213-1)
兵庫あおの病院 院長様 (FAX 0794-62-5551 〒675-1327 市場町 926-453)

私は、「北はりま絆ネット」に参加申請をしておりましたが、参加の同意を撤回します。

※ 同意を撤回される時に記載して、上記の中で撤回される情報公開施設にチェックを入れ、**FAX**または、郵送して下さい。

【患者様記載欄】

撤回書記入日	平成 年 月 日		
ふりがな		性別	男・女
患者氏名(自署)			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
住所		電話番号	市外局番 () —
代理人記載の場合	代理人氏名(自署)		続柄

※ 情報公開施設へご提出後、速やかに処理をいたしますが、一定の時間を要する場合がありますので予めご了承ください。また、撤回手続きが終了した時点で FAX または、郵送にてその旨をご連絡いたします。

※ 患者様が情報閲覧施設に撤回書を提出された場合は、下記を記載の上、撤回を希望される情報公開施設全てに FAX 送信してください。

【情報閲覧施設記載欄】

医療施設名		担当者名	
自院患者ID番号			
情報公開施設 (新たな参加情報公開施設は空欄に記入願います。) <input type="checkbox"/> 市立西脇病院 <input type="checkbox"/> 市立加西病院 <input type="checkbox"/> 加東市民病院 <input type="checkbox"/> 大山記念病院 <input type="checkbox"/> 北播磨総合医療センター <input type="checkbox"/> 多可赤十字病院 <input type="checkbox"/> 服部病院 <input type="checkbox"/> 三木山陽病院 <input type="checkbox"/> 兵庫あおの病院			

担当者の方は、この撤回書を撤回を希望される情報公開施設全てに FAX 送信して下さい。

FAX 送信日	平成 年 月 日	FAX 送信者氏名	
電話番号		FAX 番号	