

「北はりま^{きすな}絆ネット」参加同意撤回書

(情報公開施設：令和6年1月現在)

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

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 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| ふりがな | | | | 性別 |
| 患者氏名(自署) | | | | 男・女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 | 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あらかじめご了承ください。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"/> 西脇市立西脇病院 | <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 |
| | <input type="checkbox"/> | | |

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 | 令和 | 年 | 月 | 日 | FAX 送信者氏名 |
| 電話番号 | | | | FAX 番号 | |