

阪大病院ネット 利用同意撤回書

大阪大学医学部附属病院長 殿

私は、阪大病院ネットに関する説明を受け、阪大病院ネットの利用に同意していましたが、利用の同意を撤回します。

同意撤回日 : 西暦 年 月 日

ふりがな
ご氏名 : (自筆でお願いします)

生年月日 : 西暦 年 月 日

性別 : 男 ・ 女

電話番号 :

(代理人*注4記載の場合)

代理人ご氏名 :

患者さんとの関係 :

閲覧先医療機関名 :

閲覧施設患者番号 :

阪大病院患者番号 :

【患者さんへ】

- *注1 : 氏名は患者さんご本人の直筆でご記入をお願いいたします。但し、自筆困難な場合は、代筆で結構です。
- *注2 : 全ての項目を記載してください。
- *注3 : 確認のため、電話番号欄に記載されている番号へご連絡させていただくことがありますのでご了承ください。
- *注4 : 法定代理人のことです。

【送付先】

大阪大学医学部附属病院 医療情報部 阪大ネット担当者宛
〒565-0871 吹田市山田丘2-15
TEL 06(6879)5900 FAX 06(6879)5903