

国立循環器病研究センター  
地域連携ネットワークシステム 利用同意撤回書

国立循環器病研究センター病院長 殿

(閲覧施設名) \_\_\_\_\_ 殿

<b>【同意取得者記載欄】</b>		申込日	年	月	日
医療機関名	<input type="checkbox"/> 国立循環器病研究センター <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
担当医師名 (自署)		診療科			

<b>【利用同意：患者さま記載欄】</b>								
私は、私の個人情報が国立循環器病研究センター病院における診療情報を下記の施設で閲覧可能とし、診療に利用されることについての同意を撤回します。								
					記入日	年	月	日
(ふりがな)								
患者氏名 (自署)								
生年月日		性別						
住所								
<b>【代理人記載の場合】</b>								
代理人記載者名 (自署)		続柄						
※自筆困難な場合は、代筆で結構です。								
※医療機関と本人 (家族) との同意があれば、医師の代筆でも可能です。								

国立循環器病研究センター 診察券番号		<input type="checkbox"/> 受診歴無し
閲覧施設 診察券番号		<input type="checkbox"/> 受診歴無し

同意を撤回する場合は、国立循環器病研究センター専門医療連携室までご郵送ください。

**【問い合わせ先】**  
 国立研究開発法人 国立循環器病研究センター 専門医療連携室  
 〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町6番1号 TEL：06-6170-1070 (代表)

**【事務取扱欄】**

受理日：国循
年 月 日