

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会

キビタン健康ネット 調剤情報閲覧同意撤回届

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 殿

私は、調剤情報閲覧の同意を撤回いたします。

同意撤回届取得施設名 : _____

同意撤回届取得者名 : _____

電話 : (_____) - _____ FAX : (_____) - _____

キビタン健康パスポート番号 070701-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<< 患者さん記載欄 >>

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ふりがな
患者氏名 : _____ 男・女
住所 : 〒 _____
電話 : (_____) - _____
生年月日 : 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(代理人記載の場合 : 代理人氏名 _____ 続柄 _____)
代理人 : 3 親等以内の親族、配偶者、または成年後見人

【重要】

- ・コピーを一部患者さんへお渡しください。
- ・この同意書は協議会事務局へFAXしてください。 **FAX : 050-3730-0128**
- ・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送して下さい。