（介護施設等用）

（別記様式第５－２号）

もがみネット撤回届出書（介護）

　私は、もがみネットに参加申請し、下記の介護施設等に診療情報を提供することに同意しておりましたが、この度、参加申請を撤回します。（以下の介護施設等での利用を取り消します。）

【 患者様記載欄 】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 込 年 月 日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| フリガナ |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 患者氏名（自署） |  |
| 生　年　月　日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 住　　　　　所 |  | 電話番号 |  |
| 代理人記載の場合  代理人氏名(自署) |  | 続　　柄 |  |

【参照介護施設等記載欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | |
| 施設代表者名 | 印 | 担当者名 | 印 |
| 上記施設における  患者番号 |  | | |

【情報開示病院記載欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 県立新庄病院 | 患者ID： |
|  | 県立中央病院 | 患者ID： |

【FAX送付先】※情報提供の撤回を希望する医療機関にFAXしてください。

**★県立新庄病院医事経営相談課　TEL：０２３３-２２-５５２５　FAX：０２３３-２８-７２７７**

**★県立中央病院地域医療部　TEL：０２３-６８５-２６１８　　FAX：０２３-６８５-２６０６**

【原本郵送先】※上記にFAXしたうえ、下記へ原本を郵送し、コピーを保存してください。

**県立新庄病院医事経営相談課　〒996-8585　山形県新庄市金沢720番地の１**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 電話番号 |  | FAX送信者氏名 |  |