Net4U参加同意撤回書

　私は、「Net4U」への参加同意を撤回します。

|  |
| --- |
| **【患者・ご家族記入欄】**  申込年月日 令和　　　　年　　　　月　　　　日  ふりがな    氏　名　 （自署）　　　　　　　　　　　　　　男　・　女  生年月日 　T・S・H・R　　 年　　　月 　　日 |

|  |
| --- |
| **【代理人記入欄】**  代理人署名 （自署）　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  ※ご本人以外が記入される場合、代理人の方の御署名をお願い致します。 |

|  |
| --- |
| **【同意取得施設記入欄】**  施設名  担当者 氏　名  患者ＩＤ 　　　　　　　　※同意取得施設の患者ＩＤを記入してください。 |

* 原本は医療機関で保管し、コピー1部を患者・ご家族へお渡しください。