

**大阪母子医療センター  
地域診療情報連携システム同意撤回書**

大阪母子医療センター 総長

私は、大阪母子医療センター地域診療情報連携システムにおける私の診療情報の閲覧に同意をしておりましたが、下記の機関についての同意を撤回します。

同意を撤回する 医療機関の名称			
撤回日	年	月	日
患者ふりがな			
患者氏名	男 女	旧姓	
生年月日	年	月	日
代理人記載の場合	代理人氏名 (続柄 )		
大阪母子医療センターの診察券番号 (8桁)			

※ 自署でお願いします。

※ 「同意撤回書」は原本を大阪母子医療センター患者支援センターへ提出してください。

<p>&lt;提出先&gt; 大阪母子医療センター 患者支援センター 〒594-1101 大阪府和泉市室堂町 840 TEL 0725-56-7355 (直通)</p>
--

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日 登録日： 年 月 日