

(別記様式第 6 - 1 号)

## もがみネット撤回届出書(医療)

私は、もがみネットに参加申請し、下記の医療機関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。(以下の指定した医療機関での利用を取り消します。)

### 【患者様記載欄】 ※口頭同意の場合、医療機関が記載してください

申込年月日	年 月 日		
フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日
住所	〒	電話番号	
代理人同意の場合 代理人氏名		続柄	

### 【署名欄】 上欄の患者氏名自署のため省略

--

※患者もしくは代理人による署名が困難な場合の担当者確認欄 担当者がしてください  
患者もしくは代理人が診療情報の提供に関する同意を撤回したことを、担当者が確認した。   
患者の同意を撤回した旨及び担当者名を診療録等に記載した。

### 【参照医療機関記載欄】

医療機関名		患者番号	
電話番号		FAX 送信者氏名	

### 【FAX送付先】 ※情報開示医療機関に FAX し、原本は自施設で保管してください

情報開示医療機関	送付先担当部署	連絡先
山形県立新庄病院	地域医療部	FAX:0233-28-7277 (TEL:0233-22-5525)
山形県立中央病院	地域医療部	FAX:023-685-2606 (TEL:023-685-2618)
上記以外(他地域の開示施設)	担当部署及び連絡先はもがみネット HP をご確認ください。	

### 【情報開示病院記載欄】

①	山形県立新庄病院	患者 ID:
②	山形県立中央病院	患者 ID:
③		患者 ID: