同 意 撤 回 書

愛知医科大学病院長　殿

この度、私は愛知医科大学病院 地域医療連携ネットワークシステム（ＡＭＵネット）に対する

診療情報提供に同意しましたことを撤回いたします。

　　　 　年 　　月 　　日

本人署名（自署）：

（生年月日： 年 　　月　 　日 ）

（愛知医科大学病院ID：　　　　　　　　　　）

（かかりつけ医ご記入）

同意撤回の意思を確認いたしました。

　　　 　年 　　月 　　日

施 設 名：

署名（医師名）：