

鳥取県周産期医療情報ネットワーク 参加同意撤回書

鳥取県周産期医療協議会 御中

鳥取県周産期医療情報ネットワーク参加機関 御中

私及び出生児は、鳥取県周産期医療情報ネットワークに関する説明並びに説明文書の交付を受け、参加の同意について撤回します。

<患者様記載欄> (同意を撤回する際にご記入ください。)

令和 年 月 日

患者様の氏名： _____ (自署)

代理者記載の場合：代理者氏名 _____ 続柄： _____