地方独立行政法人加古川市民病院機構

加古川中央市民病院　病院長　殿

**『予後調査等への協力のお願い（予後追跡調査）』に対する協力辞退申請書**

私は、「予後調査等への協力のお願い」にある予後追跡調査に関する内容について、協力が出来

ませんので、辞退の意思を示すため本申請書の提出を致します。

申請日　　　　　西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　カルテ番号

　　　　患者氏名

住 所　　　　 　〒　　　－

連絡先

代理人の場合は以下にご記入下さい。

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　）

住 所　　　　 　〒　　　－

連絡先

* 代理申請の場合は委任状として、以下の内容を患者本人（生存時に限り）に記入を

してください。

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝ 委任状 ＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

　　私、患者　　　　　　　　　　　㊞　は、

　　「予後調査等への協力のお願い」にある予後追跡調査の辞退申請を

　　代理人　　　　　　　　　　　　へお願いすることに相違ありません。

　　本人確認の証明として、（運転免許所 ﾏﾀﾊ マイナンバーカード ﾏﾀﾊ 他 　　　　　　　）を

　　添付致します。

＝＝＝ 事務処理欄 ＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝=＝

　　この書類を受け取った職員は、医療業務部・診療情報管理グループへ提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者（代理人）受取者 | 診療情報管理グループ受取者 |
|  |  |