

同意取消書

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター病院長 殿

記

私は、令和 年 月 日付で（ ）の
（ ）医師に対して、名古屋市立大学医学部附属東部医療センタ
ーの運営する“TOBU ネット”を介して、私（ ）の診療
上の個人情報を公開することについての同意を取り消します。

令和 年 月 日

本人署名（自署または押印）： _____

家族（代諾者）署名： _____