（様式２）【撤回書】
（かかりつけ医→神戸赤十字病院）

「HAT 神戸クロスネット」 同意 撤回書

神戸赤十字病院　院長　様

私は、下記の主治医から説明を受け、下記医療機関において HAT 神戸クロスネットに参加申請しておりましたが、参加を撤回します。

＜かかりつけ医記載欄＞

医　療　機　関　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明された医師氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜患者さま記載欄＞

令和　　年　　月　　日

患者さまの氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生　年　月　日　：大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日

代理人の場合　：　代理者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄　＿

原本（様式２）は下記の地域医療連携室へ FAX・郵送してください。
コピーを２部とり、それぞれかかりつけである貴院と患者さま用としてお渡しください。

〒651-0073　神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-1
神戸赤十字病院　　地域医療連携室
TEL：（０７８）２４１－９２６１
FAX：（０７８）２４１－９２６５

受付日：	令和　　年　　月　　日
受付者	