Ａケアカード同意撤回書

浪速区在宅連携協議会　御中

　私は、Ａケアカードシステムに参加することに同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回し、このＡケアカード同意撤回書を提出します。

【患者（利用者）　記入欄】

申　請　日	令和　　年　　月　　日	
患者（利用者）名 **自署**	フリガナ	
生　年　月　日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	
※ 代 理 人 署 名	フリガナ	続柄

※　身体が不自由等で署名が困難な場合は、原則、家族または後見人が代理署名することとする。ただし、家族または後見人がいない場合は、在宅連携協議会の会員が、署名を行う者の責任のもとに代理署名することを認める。いずれの場合も、患者（利用者）との続柄を記載すること。

【かかりつけ機関　記入欄】

参 加 機 関 名	
会　員　氏　名	
同意撤回の理由	□　本人の希望　　□　転居　　□　死亡 □　その他（　　）

※　Ａケアカードの回収があった場合は、貴機関にて破棄してください。

2019.5　第３版