

鈴鹿回生病院
医療行為拒否通知書

鈴鹿回生病院長 殿

私は、下記の内容に関する医療行為の実施を拒否します。

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

実施内容： _____

_____ (患者様氏名) _____ (自署・代筆)

(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ (診察券番号)

※ 必要時記載 代筆者： (氏名) _____

_____ (患者さんとの関係： _____)

お手数ですが、枠線内に必要事項（下線部分）をご記入のうえ下記郵送先にお送り頂くか、病院 1 階総合受付にご提出ください。

郵送先・提出窓口

鈴鹿回生病院 薬剤管理課
〒513-8505 三重県鈴鹿市国府町 112-1
代表 059-375-1212（内線 2500）

本件の拒否によるあなた自身への日常の診療における不利益は一切ございません。