

## お薬情報共有システム撤回届出書

私は、一般社団法人 酒田地区薬剤師会で導入したお薬情報共有システムに参加申請し、薬局間でのお薬情報の共有に同意しておりましたが、この度、参加申請を撤回します。

申 込 年 月 日	令和 年 月 日		
フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名（自署）			
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
住 所	〒	電話番号	
代理人記載の場合 代理人氏名（自署）		続 柄	

※署名は可能な限りご本人がしてください。

但し、本人では署名が困難な場合については代理人による署名が可能です。

撤回届出書 受取り薬局名： \_\_\_\_\_