한국의료지원재단
Korea Medical Assistance Foundation

[트루바다 약제 지원] 동의 철회서

접수번호:

약제 지원 동의 철회자	성명		생년월일	
의료기관 담당자	의료기관명		주치의	
약제 지원 신청일	년 월 일			
철회 사유	※ 해당되는 철회 사유에 √표시 해주십시오. ☐ 지원 대상자가 철회를 원하는 경우 ☐ 트루바다 지원 약제 복용의 지속이 어려운 경우 ☐ 약제 복용을 지속하기 어려운 이상사례나 약물이상반응 발생 ☐ 기타사항			

같은 사유로,

개인정보 수집 · 이용 · 제공동의와 트루바다정 무상 지원 프로그램 신청 동의를 철회합니다.

20 년 월 일

약제지원 대상자 : (서명 또는 인)

한국의료지원재단 이사장 귀하