

奧克蘭-伯克利-阿拉米達郡持續關懷組織  
撤銷資訊發佈

客戶姓名： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_

Medi-Cal CIN（如果知道）： \_\_\_\_\_

我希望撤銷對披露我個人資訊的授權。

客戶或客戶法定代表人簽名：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

月            日            年

如果由客戶的法定代表簽署，請提供代表的姓名、關係和授權：

姓名： \_\_\_\_\_

關係： \_\_\_\_\_

授權： \_\_\_\_\_

（請發送給您的護理小組成員）