患者登録依頼書

年　　月　　日

　　　　　　市・町・村

　「電子＠連絡帳」運営担当者　様

（申請者）

所属市町村

ネットワーク

事業所等

所在地

氏名

電話番号

　患者登録について下記のとおり申請します。

　なお、ネットワークの利用に関し、本人（家族）から同意書を取得済です。

記

【患者（対象者）】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　　　　　　　　　　　 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　－　　　　 | 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　 |
| 愛知県 |

【備考】

１　患者（対象者）登録が完了後、同意書取得日等の情報を入力しますので、申請者へ連絡してください。

２　患者（対象者）に関して不明な点は、申請者にお問い合わせください。