

はち丸患者ID

## はち丸ネットワーク参加同意書

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

私は、はち丸ネットワークに関する説明を理解し、その目的に賛同しましたので、私の医療・介護等に関する情報が関係機関間で共有されることに同意します。

(フリガナ)			
氏名 (自署)	同意日 : 平成 年 月 日		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	性別	男・女
現住所	〒 -		
電話番号	( )	緊急連絡先	
代理の申請者 (本人が自署できない場合)			
代理申請者氏名 (自署)			本人との続柄 ( )

(受付施設記入欄) 本書 (原本) を所在区の在宅医療・介護連携支援センターへご提出ください。

受付施設名			
施設住所	〒 -		
受付者氏名 (自署)		電話番号	( )

(事務局記入欄)

受理 : 平成 年 月 日

受理印