

名古屋市医師会 在宅医療バックアップシステム 利用に係る同意書について

同意日： 年 月 日

一般社団法人 名古屋市医師会長 殿

在宅医療バックアップシステム(後方支援病院による急変時サポート／在宅医療サポート医による看取りサポート)の趣旨を理解し、本システムサポートを利用することに同意します。

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令
氏名（自署）			年 月 日
TEL		性別	男 ・ 女
現住所	〒 - 名古屋市 区		

◎代理の申請者(本人が自署できない場合)

フリガナ		本人との続柄
代理申請者 氏名（自署）		
連絡先	〒 - 名古屋市 区	
	TEL	

■キーパーソン

フリガナ 氏名		続柄		TEL	
------------	--	----	--	-----	--

■受付医療機関記入欄

医療機関名		フリガナ 担当者	
医療機関住所	〒 - 名古屋市 区		
TEL			

■センター記入欄 受理日： 年 月 日／担当者印：

はち丸患者 ID