

No. _____

令和 年 月 日

「電子@連絡帳（つながろまい愛西）」患者登録・支援チーム登録申請書

（宛先）愛西市役所高齢福祉課長 宛

申請者 施設名 _____

氏名 _____

電話番号 _____

「つながろまい愛西の患者登録・支援チーム登録について、患者同意書を添えて下記のとおり申請します。

記

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日生
住民票のある住所 （入所されている場合は 施設名も記入）			
電話番号			
支援チーム 登録希望者名	所 属	氏 名	

※添付書類：患者同意書

以上