

「医療・介護おだいちゃんネットワーク」

No.

患者登録・支援チーム登録申請書

令和 年 月 日

(宛先) 東浦町役場ふくし課長 宛

申請者 施設名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

「医療・介護おだいちゃんネットワーク」の患者登録・支援チーム登録を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	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
住所	〒		
電話番号			
支援チーム 登録希望者名	施設名	氏名	

※ 添付書類：患者同意書