

ひたちなか市 電子@連絡帳

登録および個人情報共有に関する同意書

私は、ひたちなか市電子@連絡帳の趣旨を理解したうえで、私の医療・介護等に関する情報を登録し関係者間で共有すること、また、緊急時など支援が必要な際には、消防・行政等にも情報提供することに同意します。

同意日： 年 月 日

フリガナ		生年 月日	年 月 日
氏 名	男 女		
住 所	ひたちなか市		
電話番号			
フリガナ		続 柄	
代理申請者 氏名※1			

※1本人が自署できない場合、親族または担当者が記入してください。本人が記入できる場合は記入不要です。

----- 以下、同意取得者による記入欄 同意取得者名・支援のメンバーを記入してください -----

同意取得者	氏名：	事業所名：
-------	-----	-------

	氏名	職種	事業所等名
支援 メンバー			

- ・同意取得者は、同意書原本をご本人様かご家族へお渡しください。
- ・同意取得者は、下記へ同意書の写しを提出してください。
- ・電子@連絡帳に登録する際、登録重複の確認・支援メンバーの登録は慎重にお願いいたします。

【問合せ・同意書提出先】 ひたちなか市役所 高齢福祉課 在宅医療・介護連携推進室

TEL:029-273-1948(高齢福祉課直通) FAX:029-354-6467