

医療・介護連携情報共有ネットワーク
いーな電子@連絡帳登録申込書

私は、「いーな電子@連絡帳」に関する説明を受け、私の医療・介護等に関する情報を支援者間で共有することに同意し申し込みます。

申込年月日	令和 年 月 日		
フリガナ			性別 (該当するものに○)
氏名			男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	電話番号	
住所	(〒 -)		
代理人署名※			本人との関係
			代理人電話番号

※本人が自署できない場合は家族、後見人等が記載してください。本人が記載できる場合は不要です。

【説明施設記入欄】

私は、「いーな電子@連絡帳」について説明し同意を得ました。

説明年月日	令和 年 月 日
医療機関・介護保険事業所名称	
氏名	
利用状況	モバイルクリニック (該当する場合は○をつけてください)

※申し込みを受けた者は原本を保管し、登録者に写しをお渡しください。事務局には写しを提出してください。

【いーな電子@連絡帳事務局処理欄】

いーな電子@連絡帳登録日	宛名番号処理	担当者
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> いーな電子@連絡帳事務局 <input type="checkbox"/> モバイルクリニック事務局