患者（対象者）登録依頼書

年　　月　　日

（宛先）　　市・町・村
「電子＠連絡帳」運営担当者

申請者
所属する市町村＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ネットワーク名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関・事業所等名称

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者（対象者）登録について下記のとおり申請します。

なお、ネットワークの利用に関し、本人（家族）から同意書を取得済です。

記

【患者（対象者）情報】

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏　　名		生年月日	年　月　日
住　　所	〒　　－ 愛知県	電話　（　　）　－	

【備考】

1）患者（対象者）登録後、取得した同意書及び支援チームの登録を行いますので、申請者へ連絡してください

2）患者（対象者）情報に関して不明な点は、申請者にお問い合わせください。

記載（例）

患者（対象者）登録依頼書

令和3年 1月1日

（宛先）　知多　市・町・村
「電子＠連絡帳」運営担当者

申請者
所属する市町村　大府市
ネットワーク名　おぶちゃん連絡帳
医療機関・事業所等名称
大府市訪問看護ステーション
住所　愛知県大府市中央町五丁目70番地
電話番号　0562-47-2111
ふりがな
氏　名　大府（おおぶ）　花子（はなこ）

患者（対象者）登録について下記のとおり申請します。

なお、ネットワークの利用に関し、本人（家族）から同意書を取得済です。

記

【患者（対象者）情報】

ふりがな	ちた　たろう	性別	男・女
氏　名	知多　太郎	生年月日	2021年1月1日
住　所	〒478－8601 愛知県知多市緑町1番地	電話	（0562）33 -3151

【備考】

1）患者（対象者）登録後、取得した同意書及び支援チームの登録を行いますので、申請者へ連絡してください

2）患者（対象者）情報に関して不明な点は、申請者にお問い合わせください。