［同意者控］

中野区医療介護情報連携システム個人情報取扱同意書

私は、中野区医療介護情報連携システム「なかのメディ・ケアネット」について説明を受け、私の医療・介護等に関する情報について、中野区を含む支援グループ構成メンバーで共有する事に同意します。

＊ご本人が未成年、または本人の意志の確認ができない場合は、代理人が署名し続柄をご記入ください。

同意年月日	令和　　年　　月　　日
説　明　者	（施設名　　）
同 意 署 名	（続柄　　）

フ リ ガ ナ		生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日 令和・西暦
療養者氏名			
住　　所	（〒　　－　　） 中野区		
連　絡　先	（自宅）　　（携帯電話）		

＜支援グループ構成メンバー＞

事業者名（正式名称）	所　在　地	主な職種	連　絡　先	内 容
中野区地域包括ケア推進課	中野４－８－１		03-3228-5785	☑登 録 ☐廃 止
				☐登 録 ☐廃 止
				☐登 録 ☐廃 止
				☐登 録 ☐廃 止
				☐登 録 ☐廃 止
				☐登 録 ☐廃 止
				☐登 録 ☐廃 止
				☐登 録 ☐廃 止
				☐登 録 ☐廃 止