**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 | 〒　　　－ | 電話 | （　　　　）　　　　- |
| 愛知県 | | |

【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

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 | 電話 | （0562）　33　-3151 |
| 愛知県知多市緑町１番地 | | |

【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。