

様式2

「豊山レインボーネット」電子@連絡帳 患者登録・支援チーム登録申請書

平成 年 月 日

豊山町地域包括支援センター所長 宛

申請者 施設名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

「豊山レインボーネット」電子@連絡帳の患者登録・支援チーム登録を、患者同意書を添えて下記のとおり申請します。

記

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明治・大正・昭和
			年 月 日
住所	〒		
電話番号			
支援チーム 登録希望者名	施設名	氏名	

※ 添付書類：患者同意書