

「未来かなえネット」住民参加申込書及び同意書

一般社団法人未来かなえ機構 行

私は、「未来かなえネット」個人情報取扱規約の内容を承諾しましたので、未来かなえ機構及びネットワーク参加施設(※1)において私の医療・介護に関する情報が共有され、私の受ける医療・介護サービスに利用されることに同意し、システムへの参加を申し込みます。

※1…ネットワークに今後参加する施設及びネットワークが今後連携する県内外の地域医療情報ネットワークシステムの参加施設を含む。

＜代表者＞

申込日	令和 年 月 日			
フリガナ(必須)		性別(必須)	男・女	
申込者氏名(必須)		生年月日(必須)	大正・昭和 年 月 日	平成・令和
住所(必須)	〒	電話番号(必須)		
代理人氏名		続柄: 親・配偶者・子・施設職員・その他()		
※ 未成年や本人が記入できない方の申し込みは、保護者や代理人等の同意が必要です。 上記の代理人氏名の欄に保護者や代理人等が自署してください。				

記入いただき、ありがとうございました。
 提出の際は、同封の返信用封筒(切手不要)にてご投函、または県立病院・行政・参加施設まで直接ご提出ください。

▼ ご家族の方も参加いただける場合は、こちらから記入ください。

ご家族の登録を代理で 申し込みされた方の氏名	
---------------------------	--

＜家族1人目＞

フリガナ(必須)		性別(必須)	男・女	
申込者氏名(必須)		生年月日(必須)	大正・昭和 年 月 日	平成・令和

＜家族2人目＞

フリガナ(必須)		性別(必須)	男・女	
申込者氏名(必須)		生年月日(必須)	大正・昭和 年 月 日	平成・令和

＜家族3人目＞

フリガナ(必須)		性別(必須)	男・女	
申込者氏名(必須)		生年月日(必須)	大正・昭和 年 月 日	平成・令和

▼ 産婦人科・小児科オンラインの登録・利用を希望される方はこちらにも記入をお願いします。

「産婦人科オンライン・小児科オンライン」申し込み

フリガナ(必須)		電話番号(必須)	□上記に記載の番号と同じ
申込者氏名(必須)			
フリガナ(必須)		※気仙(2市1町)在住で、妊娠中や育児、婦人科の 症状で相談したい方やその家族の方が対象	
メールアドレス(必須)			

<受領施設等処理欄>

<未来かなえ機構受付印>

<機構担当者押印欄>