

(様式 1)

令和 年 月 日

船橋市長 あて

船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システム
使用依頼書

船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システムについて、以下の者が使用することを依頼します。

なお、本システムを使用するにあたっては、使用する全ての者に、船橋市が定める誓約事項を遵守させることを誓約します。

医療機関・事業所情報	(フリガナ)				
	医療機関・事業所名称				
	医療機関番号	有 () ・ 無			
	介護保険事業所番号	有 () ・ 無			
	(フリガナ)				
	代表者	印			
	住所	〒			
	電話番号・FAX	TEL: () FAX: ()			
	E-mail				
	(フリガナ)				
システム管理担当者					
使用者情報	1	(フリガナ)		(大・昭・平) 年 月 日	
		氏名		職種	
	<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない(任意)				
	2	(フリガナ)		(大・昭・平) 年 月 日	
		氏名		職種	
	<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない(任意)				

※代表者やシステム管理担当者が本システムの使用を希望される場合についても、お手数ですが、「使用者情報」に必要事項をご記入の上、ご提出ください。

※IDは、一人ひとり異なったものをお配りします。1つのIDを複数人で共有することはできませんので、使用される方全員がIDを取得していただくようお願いいたします。

※医療・介護の専門職間の情報交換や市からのお知らせ等を行うことを目的として、システム使用者を対象としたページ「コミュニケーションひろば」を運用しています。
「コミュニケーションひろば」参加の同意についてもお願いいたします。

本件に関する問合せ先 担当者 _____ TEL _____

(つづき)

使用者情報	3	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日
		氏名		職種			
		<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)					
	4	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日
		氏名		職種			
		<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)					
	5	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日
		氏名		職種			
		<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)					
	6	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日
		氏名		職種			
		<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)					
	7	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日
		氏名		職種			
<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)							
8	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日	
	氏名		職種				
	<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)						
9	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日	
	氏名		職種				
	<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)						
10	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日	
	氏名		職種				
	<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)						
11	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日	
	氏名		職種				
	<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)						
12	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日	
	氏名		職種				
	<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)						
13	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日	
	氏名		職種				
	<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)						
14	(フリガナ)		(大・昭・平)	年	月	日	
	氏名		職種				
	<input type="checkbox"/> 『コミュニケーションひろば』への参加に同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (任意)						

○ 記入欄が不足する場合には、複写して依頼してください。