

札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会

とよひら・りんく

連携システム同意書

札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会

会長 五十嵐 知文 殿

私は、札幌市豊平区西岡福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会連携システムの説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の情報が連携システムに登録されることに同意します。

<患者様記載欄（自署）>

令和 年 月 日

ふりがな

患者氏名 男・女

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

居住地

ふりがな

（代理人記載の場合：代理人氏名

続柄