「福来たネット」参加同意書（参加者用）

|  |
| --- |
| 記入日：平成　　　年　　　月　　　日 |

一般社団法人福島市医師会長　殿

　私は、「福来たネット」に関する説明を受け、その目的や情報が共有されることなどを理解しましたので、「福来たネット」に参加することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■参加者記入欄   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | フリガナ |  | 性別 | □男 | | | □女 | | 氏名 |  | | 生年月日 | □明治 | □昭和 | 年　　月　　日 | | | □大正 | □平成 | | 住所 | 〒 | 電話番号 | （　　　） | | | | |  | | | | | |   ※参加者が未成年の場合は親権者が、参加者が自署できない場合等は代理人の方が署名してください。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 親権者又は代理人氏名 |  | 続柄 |  | |
| ■利用施設記入欄   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 利用施設名 |  | 説明者氏名 |  | | 処理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 地域患者ＩＤ |  | | 作業者名 |  |  |  |   ・処理前で構いませんので、参加者に写しを渡してください。  ・処理後、写しを保管するとともに事務局に原本を郵送してください。 |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 事務局 | 一般社団法人福島市医師会　TEL：024-534-2290　 FAX：024-534-2291  〒960-8002　福島市森合町10番1号　福島市保健福祉センター内 | | | | 事務局  記入欄 | □受理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  | | □処理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  | |

「福来たネット」参加同意書（参加者用）記入例

|  |
| --- |
| 記入日：平成 ２８ 年　９　月　１　日 |

一般社団法人福島市医師会長　殿

　私は、「福来たネット」に関する説明を受け、その目的や情報が共有されることなどを理解しましたので、「福来たネット」に参加することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■参加者記入欄   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | フリガナ | フクキタ　タロウ | 性別 | ☑男 | | | □女 | | 氏名 | 福来た　太郎 | | 生年月日 | □明治 | ☑昭和 | ２２年１１月　１日 | | | □大正 | □平成 | | 住所 | 〒960-8002 | 電話番号 | ０２４（５３４）２２９０ | | | | | 福島県福島市森合町１０番１号　福島市保健福祉センター内 | | | | | |   ※参加者が未成年の場合は親権者が、参加者が自署できない場合等は代理人の方が署名してください。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 親権者又は代理人氏名 | 福来た　花子 | 続柄 | 子 | |
| ■利用施設記入欄   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 利用施設名 | 福島市医師会病院 | 説明者氏名 | 医師　次郎 | | 処理日 | 平成 ２８ 年　９　月　２　日 | 地域患者ＩＤ | 1234567890123 | | 作業者名 | 連携　三郎 |  |  |   ・処理前で構いませんので、参加者に写しを渡してください。  ・処理後、写しを保管するとともに事務局に原本を郵送してください。 |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 事務局 | 一般社団法人福島市医師会　TEL：024-534-2290　 FAX：024-534-2291  〒960-8002　福島市森合町10番1号　福島市保健福祉センター内 | | | | 事務局  記入欄 | ☑受理日 | 平成 ２８ 年　９　月　３　日 | 事務局　風子 | | □処理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | |

「福来たネット」参加同意書（参加者用）

|  |
| --- |
| 記入日：平成　　　年　　　月　　　日 |

一般社団法人福島市医師会長　殿

　私は、「福来たネット」に関する説明を受け、その目的や情報が共有されることなどを理解しましたので、「福来たネット」に参加することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■参加者記入欄   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | フリガナ |  | 性別 | □男 | □女 | | 氏名 |  | | 生年月日 | 西暦　　　　年　　 月　　 日 | | | 住所 | 〒 | 電話番号 | （　　　） | | |  | | | |   ※参加者が未成年の場合は親権者が、参加者が自署できない場合等は代理人の方が署名してください。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 親権者又は代理人氏名 |  | 続柄 |  | |
| ■利用施設記入欄   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 利用施設名 |  | 説明者氏名 |  | | 処理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 地域患者ＩＤ |  | | 作業者名 |  |  |  |   ・処理前で構いませんので、参加者に写しを渡してください。  ・処理後、写しを保管するとともに事務局に原本を郵送してください。 |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 事務局 | 一般社団法人福島市医師会　TEL：024-534-2290　 FAX：024-534-2291  〒960-8002　福島市森合町10番1号　福島市保健福祉センター内 | | | | 事務局  記入欄 | □受理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  | | □処理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |  | |

「福来たネット」参加同意書（参加者用）記入例

|  |
| --- |
| 記入日：平成 ２８ 年　９　月　１　日 |

一般社団法人福島市医師会長　殿

　私は、「福来たネット」に関する説明又は説明書の交付を受け、その目的などを理解しましたので、「福来たネット」に参加することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■参加者記入欄   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | フリガナ | フクキタ　タロウ | 性別 | ☑男 | □女 | | 氏名 | 福来た　太郎 | | 生年月日 | 西暦１９４７年１１ 月 １ 日 | | | 住所 | 〒960-8002 | 電話番号 | ０２４（５３４）２２９０ | | | 福島県福島市森合町10番1号　福島市保健福祉センター内 | | | |   ※参加者が未成年の場合は親権者が、参加者が自署できない場合等は代理人の方が署名してください。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 親権者又は代理人氏名 | 福来た　花子 | 続柄 | 子 | |
| ■利用施設記入欄   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 利用施設名 | 福島市医師会病院 | 説明者氏名 | 医師　次郎 | | 処理日 | 平成 ２８ 年　９　月　２　日 | 地域患者ＩＤ | 1234567890123 | | 作業者名 | 連携　三郎 |  |  |   ・処理前で構いませんので、参加者に写しを渡してください。  ・処理後、写しを保管するとともに事務局に原本を郵送してください。 |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 事務局 | 一般社団法人福島市医師会　TEL：024-534-2290　 FAX：024-534-2291  〒960-8002　福島県福島市森合町10番1号　福島市保健福祉センター内 | | | | 事務局  記入欄 | ☑受理日 | 平成 ２８ 年　９　月　３　日 | 事務局　風子 | | □処理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | |