

(様式 7)

## 「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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受理日	平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 処理日	平成 年 月 日	

(様式7)

## 「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	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	福来た 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 22年11月1日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成
住所	〒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	電話番号	024 (534) 2290

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 受理日	平成 28 年 9 月 3 日	事務局 風子
	<input type="checkbox"/> 処理日	平成 年 月 日	

(様式 7)

## 「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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受理日	平成	年 月 日
記 入 欄	<input type="checkbox"/> 処理日	平成	年 月 日

(様式 7)

## 「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	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	福来た 太郎	生年月日	西暦 1947 年 11 月 1 日
住所	〒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	電話番号	024 (534) 2290

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 受理日	平成 28 年 9 月 3 日	事務局 風子
	<input type="checkbox"/> 処理日	平成 年 月 日	