「福来たネット」参加同意情報変更届出書（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

「福来たネット」に登録している情報が下記のとおり変更となりましたので、お届けいたします。

|  |
| --- |
| ■参加者記入欄 |
| ◇変更前（※変更前の情報を必ず記入してください。）   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 | （　　　） | | | | |  | | | | | |   ◇変更後（※変更になった情報のみを記入してください。）   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 |  | 地域患者ＩＤ |  | | 処理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 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」参加同意情報変更届出書（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

「福来たネット」に登録している情報が下記のとおり変更となりましたので、お届けいたします。

|  |
| --- |
| ■参加者記入欄 |
| ◇変更前（※変更前の情報を必ず記入してください。）   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 | | | | | |   ◇変更後（※変更になった情報のみを記入してください。）   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 | 〒960-8601 | 電話番号 | （　　　） | | | | | 福島県福島市五老内町３番１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 | 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 | 地域患者ＩＤ | 1234567890123 | | 処理日 | 平成 ２８ 年　９　月　２　日 | 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」参加同意情報変更届出書（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

「福来たネット」に登録している情報が下記のとおり変更となりましたので、お届けいたします。

|  |
| --- |
| ■参加者記入欄 |
| ◇変更前（※変更前の情報を必ず記入してください。）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 | （　　　） | | |  | | | |   ◇変更後（※変更になった情報のみを記入してください。）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 |  | 地域患者ＩＤ |  | | 処理日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | 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」参加同意情報変更届出書（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

「福来たネット」に登録している情報が下記のとおり変更となりましたので、お届けいたします。

|  |
| --- |
| ■参加者記入欄 |
| ◇変更前（※変更前の情報を必ず記入してください。）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 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１０－１ | | | |   ◇変更後（※変更になった情報のみを記入してください。）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | フリガナ |  | 性別 | □男 | □女 | | 氏名 |  | | 生年月日 | 西暦　　　　年　　 月　　日 | | | 住所 | 〒960-8601 | 電話番号 | （　　　） | | | 福島県福島市五老内町３－１ | | | |   ※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 | 地域患者ＩＤ | 1234567890123 | | 処理日 | 平成 ２８ 年　９　月　２　日 | 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 | |