

登録申出書

大川市長 宛

一般社団法人大川三瀬医師会 宛

私は、「とびうめネット」について登録説明書に従って説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しました。私の医療・介護・健康情報が「とびうめネット」で共有されることに同意します。

令和 年 月 日

本人の**名前(必須)**:

(代筆した方のお名前、関係を記入)

代筆者の氏名: (本人との関係:)

(*法定代理人(成年後見人等)が同意する場合のみ記入)

法定代理人の氏名: (本人との関係:)

かかりつけ医

【本人情報欄】※本人以外でも記入できます。※この情報は「とびうめネット」で共有されます。

共有される基本情報	必須 フリガナ		必須 性別	男・女	
	必須 氏名		できるだけ 電話番号		
	必須 住民票 の住所	福岡県大川市			
	必須 生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日(歳)
	できるだけ 緊急連絡先 *日中に連絡がとれる ところ:携帯など *未記入、1名でも登録 できます。	フリガナ	本人との関係	()	
		氏名	電話番号		
	フリガナ	本人との関係	()		
	氏名	電話番号			

【郵送・持参者記載欄】

※本人に代わって受付窓口へ郵送または持ってきた人が記入。
※この情報は「とびうめネット」で共有されません。

郵送・持参者氏名	(本人との関係:)
事業所・施設等の名称	(事業所・施設のスタンプで構いません)
郵送・持参者住所または 事業所・施設住所	
電話番号	

※記載内容に不備などある場合など、とびうめネット事務局から確認の連絡をさせていただきます。

※利用の停止等の連絡は、とびうめネット事務局(0944-87-2611)までご連絡ください。

(R6.11)