

「周南ケアねっと」住民参加申込書

2019-01版

私は、「周南ケアねっと」住民参加規約兼個人情報取扱い規約の内容を承諾し、周南医療圏地域協議会および周南ケアねっと参加施設において私の健康・医療・介護サービス等に開する情報が共有されることを理解し、周南ケアねっとへの参加を申込みます。

申込者氏名 (自署) <small>代理もしくは代筆の際は、下記代理欄または代筆欄へご署名をお願いします。</small>		(フリガナ)		同意年月日 (西暦)	
生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和	年月日	性別	男	女
郵便番号	〒	郵便番号	被保険者証の性別に○をご記入ください (山口県は省略可)		
住所					
電話番号(任意)	— —				

いずれかの被保険者証情報 をご記入ください。	記号	番号	保険者番号
健康保険被保険者証 各種共済加入者証など			
後期高齢者医療被保険者証	(被保険者番号)		

介護保険をお持ちで、番号が 分かれはご記入ください。	被	保	険	者	番	号	保	険	者	番	号
介護保険被保険者証											

代理人署名欄 (18歳未満あるいはご自身で判断が出来ない場合は、代理人のご承認・ご署名をお願いします)	代理人の ご承認・ご署名をお願いします
代理人署名	橋柄：親・配偶者・兄弟・子・後見人 その他 ()

代筆者署名欄 (ご本人に判断能力が有るものの記入が困難なため、本人に代わり代筆する場合)	代筆者 の署名
代筆理由	橋柄もしくは 代筆者所属組織名 () <input type="checkbox"/> 手が不自由 <input type="checkbox"/> 目が見えづらい <input type="checkbox"/> 起き上がれない <input type="checkbox"/> その他 ()

個人情報利用目的について個人情報取扱規約をご確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい。	<input type="checkbox"/> <p>確認の上 同意します。</p> <p><small>※本サービスに参加される場合、この項目のシチュエーションは必須です。</small></p>
参加登録施設との共有、及び将来連携する周南ケアねっとと同種の「地域医療介護ネットワークシステム」への提供 (規約第9条 (1) ~ (3) を確認してください。)	
上記参加施設に対する包括的な同意であることを確認しました。(規約第11条を確認してください。)	
容易に個人を識別できないよう加工し、医療政策をはじめとした行政政策への活用 (規約第9条 (4)、同第14条2を 確認してください。)	

施設側 記載欄

説明施設	説明者	登録者/確認者	連携ID (下5桁)
		/	MC 00000