

# Net4U 参加同意書

私は、下記の説明担当者から「Net4U」に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、当地域内において私の医療や介護にかかわる情報共有参加施設が、私の診療情報、介護情報を共有することで、実際の医療や介護に利活用することに同意します。

<b>【患者ご本人記入欄】</b>				
申込年月日	令和	年	月	日
ふりがな				
氏名	(自署)	男 ・ 女		
生年月日	T・S・H・R	年	月	日

<b>【代理人記入欄】</b>	
代理人署名	(自署) (続柄)
※ご本人以外が記入される場合、代理人の方の御署名をお願い致します。	

<b>【同意取得施設記入欄】</b>	
施設名	_____
説明担当者	氏名 _____
患者ID	_____ ※同意取得施設の患者IDを記入してください。

※ 原本は医療機関で保管し、コピー1部を患者・ご家族へお渡しください。