

「うおぬま・米(まい)ねっと」 加入申込書

(申込先) 特定非営利活動法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 あて

私は魚沼地域医療介護連携ネットワークに関する目的及び利用方法などを理解し、「特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会ネットワークシステムでの情報共有に関する規約」等に同意したうえで加入を申込みます。

太枠内を記入してください		申込日		年	月	日	
フリガナ						性別	男・女
利用者氏名							
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	日	生	
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		十日町市・魚沼市・南魚沼市・湯沢町・津南町				
電話番号	() -					※電話番号は市外局番からご記入下さい ※携帯電話可	
緊急時連絡先 (救急搬送時)	連絡先氏名	※カタカナで記載			続柄		
	電話番号	() -					
代理記入者 (利用者以外の方が記入する場合)	代理人氏名				続柄		
	電話番号	() -					※携帯電話可

※健診情報の共有に同意しない場合は、所定の書類を提出してください。

○自己申告情報

アレルギー	なし・あり ()
注意事項 その他	

裏面もあります ➡

……………【以下受付窓口・事務局処理欄】申請者は以下の欄には記入をしないで下さい……………

受付窓口	受付機関名	受付者				免・保・旅・力・診・身 他 ()
事務局	米ねっとID	受付	点検	承認	交付	年 月 日

■病院の診察券番号（患者番号）を記入してください。

◆ 病 院 ◆			
病 院 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号	病 院 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号
十 日 町 病 院		魚 沼 基 幹 病 院	
松 代 病 院		南 魚 沼 市 民 病 院	
小 出 病 院		ゆきぐに大和病院	
ほ ん だ 病 院		齋 藤 記 念 病 院	
湯 沢 病 院		五 日 町 病 院	
津 南 病 院			

■上記以外の診療所の診察券番号（患者番号）を記入してください。

◆ 診 療 所 ◆			
診 療 所 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号	診 療 所 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号

■介護施設等を利用されている方は記入してください。

- 訪問看護ステーション (施設名 _____)
- 訪問介護ステーション (施設名 _____)
- 居宅介護支援事業所 (施設名 _____)
- 特別養護老人ホーム (施設名 _____)
- その他 (施設名 _____)