メディックNET参加についての同意書・申込書

≪メディックNET≫について説明医師から、下記の項目について、別紙の説明文書に基づき十分な  
説明を受け納得しましたので、≪メディックNET≫に参加することに同意します。

上記に関する説明を十分理解した上で≪メディックNET≫に参加することに同意します。

なお、この同意はいつでも撤回できることを確認しています。

同　意　日　　 平成　　　年　　月　　日

　　 　　　　　　　　　　 性別　男・女

生年月日　T・S・H ・西暦　 年 　月 　日

住　　所　〒

電　　話

　代筆者氏名　　 　　　　　　　　　（続柄:　　　　　　　　）

上記の≪メディックNET≫に関する説明を私がしました。

説明日　　　　　平成　　年　　月　　日

医療機関名

責任者氏名

　責任者住所 　〒

電話番号：　　　　－　 　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　FAX 番号：　　　　－　 　　－

説明医師（自署）:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □　大原病院 | □　小波瀬病院 | □　苅田病院 |
| □　急患センター | □　健和会京町病院 | □　新田原聖母病院 |
| □　新行橋病院 | □　京都病院 |  |

【公開医療機関欄】

〈 患者ID 〉※公開医療機関の患者IDはわかる場合のみ記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参照医療機関 | 医療機関名：  ID: | 公開医療機関 | 医療機関名：  ID: |