

「三条ひめさゆりネット」  
システム利用に関する同意書

平成 年 月 日

三条市医師会長 様

私は、下記の担当者から「三条ひめさゆりネット」の利用について説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法を理解いたしました。

つきましては、「三条ひめさゆりネット」に参加する医療・介護機関等に私の診療情報や医療・介護支援情報が活用されることに同意いたします。

<利用者>

ふりがな  
本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_

性別 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

<説明担当者>

事業所名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※同意書説明事業所へお願い

本同意書を記載後、本人用控え（写）を利用者（患者）様へ渡してください。事業所の方は、写しを保管し、原本は三条市医師会へ提出してください。

〒955-0862 三条市南新保 6-43  
三条市医師会（三条市在宅医療推進センター）  
電話 0256-46-8033（直通）