**飯田下伊那診療情報連携システム　登録申込書**

私は、下記説明者から飯田下伊那診療情報連携システム［ism-Link］に関する説明を受け、その目的および利用方法等を理解しましたので、参加施設（今後、新たに参加する施設を含む）間で医療介護等情報を共有するために、本システムに登録することに同意し、申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| フリガナ |  | | 性別 | | 男・女 |
| 患者氏名（自署） |  | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　日 | | | | |
| 住所 | 〒 | 電話  番号 | |  | |
| 代理人記載の場合  代理人氏名（自署） |  | 続柄 | |  | |

【登録申し込み時に患者ＩＤ登録が必要な施設名】

**※登録をお急ぎの場合は、右枠にチェックしてください。⇒　□**

1. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　　　）
2. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　　　）
3. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　　　）
4. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　　　）
5. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　　　）
6. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　　　）
7. 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　（ＩＤ：　　　　　　　　　　　）

**［説明施設記入欄］**

|  |  |
| --- | --- |
| 説明年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 説明施設名 | 説明者職氏名 |
|  |  |