【様式３】

北見赤十字病院・北海道立北見病院

地域連携ネットワーク患者登録依頼書

（あて先）北見赤十字病院・北海道立北見病院　病院長

　下記患者を北見赤十字病院・北海道立北見病院地域連携ネットワークに登録いただくよう依頼します。

依頼日：　　年　　月　　日

■参加施設

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 連絡担当者 |  |
| 連絡先 | TEL：　　　　―　　　　　―　　　　　　　　FAX：　　　　―　　　　　―　　　　　 |

■登録依頼患者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | （フリガナ）氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 |  |
| ２ | （フリガナ）氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 |  |

※患者登録情報は、不同意書の提出がない限り有効となります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【当院記載欄】 | 受付 | システム登録 |
| 受付受理日　　　　　　　年　　　　月　　　　日システム登録日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |  |