

# 宮崎健康福祉ネットワーク協議会入会申込書

## 兼 情報共有施設登録申請書（患者様用）

宮崎健康福祉ネットワーク協議会事務局殿

平成 年 月 日

私は、( )が参加している「宮崎健康福祉ネットワーク（はにわネット）」について下記の説明を受け、その趣旨・内容について理解のうえ、「宮崎健康福祉ネットワーク協議会」へ入会します。また、情報共有施設として登録することを申請します。

はにわネットの趣旨・内容について説明を受けた事項 (内容を確認の上 内にチェックを入れてください。)	
診療録情報のネットワークへの提供	入会及び共有申請の流れ
個人 ID、パスワードの管理	定款・センター運用管理規程について
参加医療関係機関の説明	退会・再入会について
その他 ( )	

申込者記入欄（ご本人による申込の場合）

ふりがな		性別	生年月日
患者様氏名	サイン 印	男 女	M・T・S・H 年 月 日
現住所		電話番号	
(〒 - )		( - - )	

代理人記入欄（代理の方による申込の場合）

ふりがな		患者様との続き柄
代理人氏名	サイン 印	
現住所		電話番号
(〒 - )		( - - )

医療関係機関記入欄（患者さまは記入しないでください。）

病院 ID		確認医療関係機関	確認者	本人確認方法
はにわネット ID				

\*この申込書は2部コピーのうえ、ネットワークセンターへ全てお送りください。個人 ID 登録の上返送いたします。