

いちみんなット同意書

私は、下記の薬剤師から一宮市立市民病院 地域医療連携ネットワークシステム「いちみんなット」に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、薬剤師が私の一宮市立市民病院の診療情報を閲覧することに同意します。

【患者記入欄】

届出日	年 月 日
フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	() -

※代理者の場合は以下のご記入もお願いします

代理者氏名		続柄	
住所			
電話番号	()	-	

【保険薬局記入欄】

保険薬局名			
住所			
電話番号	()	-	
FAX番号	()	-	
説明した保険薬剤師名			