

いちみんなット 患者登録依頼書

(あて先) 一宮市立市民病院 病院長

下記患者をいちみんなット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	

※依頼者欄が足りない場合は、別紙の依頼書をご利用ください。

【当院記載欄】

受付受理日 年 月 日
システム登録日 年 月 日

事務局受付	システム登録

【別紙】患者登録依頼書

■参加施設

施設名	
-----	--

■登録依頼患者

3	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
4	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
5	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
6	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
7	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	

※依頼者欄が足りない場合は、お手数ですが用紙をコピーしてください。