

# 地域医療介護情報ネットワークシステム「スワンネット」住民参加申込書

公益社団法人 室蘭市医師会 スワンネット運営委員会 行

私は、地域医療介護情報ネットワークシステム「スワンネット」住民参加規約兼個人情報取扱規約の内容を承諾しましたので、「公益社団法人室蘭市医師会 スワンネット運営委員会」および「スワンネット」参加施設（「スワンネット」に今後参加する施設および「スワンネット」が今後連携する道内外の他地域における地域医療介護情報ネットワークシステムの参加施設を含む。）において、私の医療・介護・健康に関する個人情報を共有すること、その情報を私の受ける医療・介護・健康サービスに利用することに同意し、「スワンネット」への参加を申し込みます。

## <必須記入欄>

申込日：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

フリガナ： \_\_\_\_\_

★申込者氏名： \_\_\_\_\_

（代理記載の場合※ 代理者氏名： \_\_\_\_\_ ㊞続柄： \_\_\_\_\_ ）

※：代理記載について

- ・申込者が未成年者の場合、親権者または保護者等の代理人による署名が必須となります。
- ・申込者が心身の理由により自署が困難な場合、家族（内縁含む）、保護者、後見人・補佐人等の代理人による署名が可能です。その場合は、代理者の署名・認印の押印をお願いします。

○性別：男・女

○生年月日：大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

○電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

○住所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## <必須記入欄>

## <任意記入欄>

健康保険被保険者証		介護保険被保険者証	
記号・番号	保険者番号	番号	保険者番号

## <受領施設等処理欄>

## <運営委員会処理欄>

○受領施設等名：

捺印欄