

音更町医療・介護多職種連携情報共有システム
患者グループ作成依頼書

音更町医療・介護多職種連携情報共有システム運用管理者(担当圏域包括) 御中

個人情報の適切な取扱い方針を遵守し、音更町医療・介護多職種連携情報共有システムにおける患者グループの作成を希望しますので、下記のとおり申請します。

◎申請者

(届出日: 年 月 日)

事業所・機関名			
申請者名		職種	
電話番号			

◎グループ作成依頼内容

患者 情報	患者氏名	(ふりがな) ----- (氏 名)
	生年月日	年 月 日
	住 所	〒
	電話番号	
担 当 者 設 定	事業所・機関名	担当者氏名

※患者グループ設定後、「メール通知」の設定先に作業完了の通知が送信されます。

裏面あり

