

音更町医療・介護多職種連携情報共有システム
患者グループ変更(追加・削除)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事業所・機関及び担当者の変更(追加・削除)を希望し、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			

◎グループ変更依頼内容

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		
担当者変更情報	変更する事業所・機関、及び担当者の情報を記入し、 変更内容の該当する項目に○をつけてください。		
	事業所・機関名	担当者氏名	変更内容(追加・削除)
			(追加 ・ 削除)
			(追加 ・ 削除)
			(追加 ・ 削除)
			(追加 ・ 削除)
			(追加 ・ 削除)
			(追加 ・ 削除)
			(追加 ・ 削除)
			(追加 ・ 削除)

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