

記入例(簡易版)「さくらネット」住民参加申込書



私は、「さくらネット」住民参加規約兼個人情報取扱い規約の内容を承諾し、一般社団法人さくらネット協議会及びさくらネット参加施設において私の健康・医療・介護サービスに関する情報が共有されることを理解し、「さくらネット」の参加を申し込みます。

- 申し込みは無料です。
- 複数施設を利用されていても、どこか1ヶ所に提出すれば、申し込みは完了です。

記入日：西暦 2024 年 5 月 26 日

|       |                 |    |    |    |              |  |  |    |                      |  |
|-------|-----------------|----|----|----|--------------|--|--|----|----------------------|--|
| 申込者氏名 | (フリガナ) カマクラ タロウ |    |    |    |              |  |  |    |                      |  |
|       | 鎌倉 太郎           |    |    |    |              |  |  |    |                      |  |
| 生年月日  | 大正              | 昭和 | 平成 | 令和 | 20 年 1 月 1 日 |  |  | 性別 | 男・女                  |  |
|       |                 |    |    |    |              |  |  |    | (保険証記載の性別を○で囲んでください) |  |
| 診察券番号 | 提出の際記入します       |    |    |    |              |  |  |    |                      |  |

個人情報の利用目的について個人情報取扱規約をご確認の上、以下の□内に同意する場合、レ点を入れてください。

|                                                                 |                                             |                                  |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|
| 参加施設内の「地域医療介護ネットワークシステム」への情報提供*                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。* | ※本サービスに参加される場合、この項目のレ点チェックは必須です。 |
| 上記参加施設に対する包括的な同意であることを確認しました。                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 確認しました。 |                                  |
| 個人情報を容易に個人を識別できないよう加工し、医療政策をはじめとした行政政策の検討への活用、及び大学・研究機関等での研究利用。 | <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。  |                                  |

※施設名をご記入ください。

取得施設記入欄：湘南鎌倉総合病院・その他 ( まつむらファミリークリニック )