

MCネット利用についての同意書

私は、下記の担当者より「MCネット」について説明を受け、その目的や情報共有の仕方について理解しました。「MCネット」に参加している関係機関のうち、私の医療・介護に携わる方々が、私の医療・介護情報を正しく活用することに同意します。

<対象となる方が記入する欄>

※対象となる方が記入できない場合は家族または代理人の方が記入して下さい。

令和 年 月 日

住 所：

お 名 前： ④

<ご家族又は代理人の方が記入する欄>

お 名 前： ④ (続柄：)

<説明した人>

事業所名：

電話番号：

氏 名：

書類取扱者の方へ

2部作成し、1部は事業所管理者で保管、もう1部は対象者さまに本人控えとしてお渡しください。 自筆サインであれば印不要

〒943-8555 上越市春日野1-2-33 上越医師会館内
上越地域在宅医療推進センター