

## 情報共有ページの作成に係る連携グループ作成申請書

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

患者の情報共有ページの作成にあたり、当該患者の関係機関として、下記の施設を連携グループに追加することを申請します。

(申請者記入欄)

施設名			
施設住所	〒 -		
申請者氏名 (自署)		電話番号	( )

対象患者名	
-------	--

追加を希望する担当者の情報を下記にご記入ください。

(対象患者について、事前にはち丸ネットワークで情報共有することに合意した施設・担当者のみご記入ください)

所在区	施設名	氏名	
所在区	施設名	氏名	
所在区	施設名	氏名	
所在区	施設名	氏名	
所在区	施設名	氏名	
所在区	施設名	氏名	

(事務局記入欄)

受理 : 令和 年 月 日

受理印

--