

記入例 福岡県医師会診療情報ネットワーク多職種連携システム
チーム登録申請書

下記のとおりチーム登録を申請いたします。

記入日 2021 年×× 月×× 日

施設名 とびうめ医院

お分かりであればご記入ください。未記入でも構いません。

申請者 飛梅 太郎

登録番号 (カード番号)	19000001	患者 生年月日	19××年×月××日
-----------------	----------	------------	------------

フリガナ 患者氏名	タナカ イチロウ 田中 一郎	チームを作成したい患者様の氏名をご記入ください。
--------------	-------------------	--------------------------

チーム登録利用者			
	所属施設	職種	利用者氏名
1	とびうめ医院	医師	飛梅 太郎
2	とびうめ訪問看護ステーション	看護師	飛梅 梅子
3			各施設「ログイン用 ID について」にて申請済みの利用者名をご記入ください。
4			
5			
6			
7			

様式 I-3 (郡市区医師会→参加施設)

	所属施設	職種	利用者氏名
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			