



年 月 日

診療情報地域連携システム参加同意書送信票

施設名 _____ 御中

施設名 _____ 担当 _____

電話 _____

FAX _____

下記患者様の地域連携にあたり、この度、別紙のとおり参加の同意を得ましたので、以下に記載の患者情報とともに送信いたします。

ふりがな				明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日
患者番号				
患者住所	〒 _____			
			電話 (_____) - _____	
			薬剤師	