送付先 FAX 番号：096－211－9926

熊本県地域医療等情報ネットワーク 参加者カード（紛失・再発行）申請書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿施設責任者殿　　熊本県医師会会長殿

参加者カード（紛失・再発行）申請書

私はくまもとメディカルネットワークの参加者カードについて、
（以下の□に✔をしてください。）

□ **紛失したので再発行を希望**

□ **その他（記入＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）**

申請者の情報をご記入下さい。

（フリガナ）　　申請日：令和＿＿年＿＿月＿＿日

氏　名：（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：明・大・昭・平・令・西暦　　年　　月　　日生　　性別：　男　・　女

住　所：〒＿＿－＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（メールアドレスをお持ちの方はご記入ください）

電話番号：＿＿（＿＿）＿＿＿　メールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理の申請者（患者さんが自署できない場合）

代理申請者氏名：（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者さんとの続柄（＿＿＿）

参加者カード番号：□□□□－□□□□－□□□□－□□□□

※参加者カード番号は、参加同意書に記載されている番号をお書きください。

申請いただいた内容に応じて、サポートセンターから申請者様に「参加者カード」をお送りする、あるいは必要事項をご連絡させていただきます。

（受付者記入欄）

受付利用施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　受付日：令和＿＿年＿＿月＿＿日

受付者氏名：（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お問合せ先：くまもとメディカルネットワークサポートセンター
（受付時間）　午前 9:00～12:00　午後 1:00～5:00　　土日、祝日、熊本県医師会の休日を除く
Email：support@kmn.kumamoto.med.or.jp　TEL：0120-25-3735　FAX：096-211-9926