

# Team 加入同意書

様式 2

私は「 [酒田市] 地域包括×健康増進×医療介護連携 D×事業 」に関する目的および Team における私の診療・介護に関する情報の利用方法を理解し、医療介護施設で活用されることに同意したうえで加入を申し込みます。

## 【 加入者様記載欄 】 ※太枠内を記入してください。

申請日		令和 年 月 日	
ふりがな		性別	男 ・ 女
加入者氏名 <small>※本人の場合、自署とする</small>		生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
郵便番号	〒 -	電話番号	- -
住 所			
介護保険証情報	保険者番号 <small>※酒田市以外の場合 は記入してください。</small>	酒田市062042	介護保険被保険者番号 (10桁)
代理人記載の場合	代理人氏名 (署名)		続柄

## 【 施設・事業所記載欄 】

施設・事業所名		(担当者)
加入者が利用している施設・事業所名		
診療所		デイサービス・デイケア
病 院 <small>※日本海総合病院の場合は 患者 ID も記載してください。</small>		ショートステイ
居宅介護支援		小規模多機能型居宅介護
地域包括支援センター		グループホーム
訪問看護		特別養護老人ホーム
訪問介護 (ヘルパー)		介護老人保健施設
訪問リハビリテーション		上記以外の事業所

※事務局へ FAX またはメールで送信し、原本は自施設で保管をお願いします。

送信者氏名		電話番号	- -
-------	--	------	-----

<送付先>

【事務局】酒田市 在宅医療・介護連携支援室 ポンテ  
(Team 担当) 病院改革推進室  
TEL : 0234-26-2001 (代表)  
FAX : 0234-26-5112 (ちょうかいネットと同じ番号です。)  
※FAX 受付時間 : 平日 8 : 30~17 : 00  
E-mail : team@nihonkai-hos.jp

## 【事務局記入欄】

受付日	確認	登録