

(簡易版)「さくらネット」住民参加申込書



私は、「さくらネット」住民参加規約兼個人情報取扱い規約の内容を承諾し、一般社団法人さくらネット協議会及びさくらネット参加施設において私の健康・医療・介護サービスに関する情報が共有されることを理解し、「さくらネット」の参加を申し込みます。

- 申し込みは無料です。
- 複数施設を利用されていても、どこか1ヶ所に提出すれば、申し込みは完了です。

記入日：西暦 年 月 日

申込者氏名	(フリガナ)									
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日	性別	男	女
									(保険証記載の性別を○で囲んでください)	
診察券番号										
個人情報の利用目的について個人情報取扱規約をご確認の上、以下の□内に同意する場合、し点を入れてください。										
参加施設内の「地域医療介護ネットワークシステム」への情報提供 (規約第9条(1)～(3)を確認してください。)*					☐ 同意します。*			※本サービスに参加される場合、この項目のし点チェックは必須です。		
上記参加施設に対する包括的な同意であることを確認しました。 (規約第11条を確認してください。)					☐ 確認しました。					
容易に個人を識別できないよう加工し、医療政策をはじめとした行政政策の検討への活用 (規約第9条(4)、同第14条2を確認してください。)					☐ 同意します。					
今後「さくらネット」が連携する「個人健康記録システム(PHR)」への情報提供 (規約第9条(5)を確認してください。)					☐ 同意します。					

※施設名をご記入ください。

取得施設記入欄：横浜医療センター・その他 ()

一般社団法人さくらネット協議会 メール：info@sakura-1.org

(二つ折り線)

「さくらネット」住民参加申込書 のご提出について

- ・ さくらネットは、既に多くの医療・介護施設や患者さんが参加し、神奈川県地域で運用されている情報連携システムです。
- ・ 申込書にご記入いただきましたら、**横浜医療センター1階ロビーの総合案内裏側に設置している「同意書回収箱」**にご提出いただくか、**下記の住所宛にご郵送**ください。

〒245-8575 横浜市戸塚区原宿3-60-2
横浜医療センター 地域医療連携室 宛