

ほっとライン加入申込・同意書(患者様用)

東京都医師会 殿

平成 年 月 日

私は「ほっとライン」について下記の説明を受け、その趣旨・内容について理解のうえ、「ほっとライン」へ加入します。

ほっとラインの趣旨・内容について説明を受けた事項(内容を確認の上、□内にチェックを入れて下さい。)	
<input type="checkbox"/> 診療情報のネットワーク上での管理	<input type="checkbox"/> センター運用規定について
<input type="checkbox"/> 個人 ID、パスワードの管理	<input type="checkbox"/> 入会・変更・退会・再入会について
<input type="checkbox"/> ほっとラインが提供するサービスについての説明	
<input type="checkbox"/> その他	

申込者記入欄(ご本人による申込の場合)

ふりがな	性別	生年月日
患者様氏名 印	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S・H 年 月 日
現住所		電話番号/Eメール
(〒 -)		Tel (- -) e-mail @

代理人記入欄(代理の方による申込の場合)

ふりがな	患者様との続き柄	
代理人氏名 印		
現住所		電話番号/Eメール
(〒 -)		Tel (- -) e-mail @

※患者様によるご記入は不要です。(医療関係機関記入欄)

医療機関 ID(OID)	1.2.840.114319.5.4.	確認医療関係機関	確認者	本人確認方法
患者様 ほっとライン ID	注)患者様の「ほっとラインID」はネットワークセンターで記入いたします。			1.保険証 2.免許証 3.パスポート