

医療データ提供依頼書

京都大学医学部附属病院 御中

平成 年 月 日

私は、「まいこネット」の趣旨・内容を理解のうえ、京都大学医学部附属病院へ下記内容にて医療データ提供を依頼します。

【申込者記入欄】

まいこネットID	2	6								
京大病院ID			-				-			
ふりがな						性別	生年月日			
申請者氏名	サイン印					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S・H 年 月 日			
現住所										
(〒 -)										
電話番号	-					-				

*申請者ご本人が合理的判断をできない状態にある場合は、代理申請者の方にも申請書に署名していただきます。一般的にはご両親や後見人の方をお願いしておりますが、その他の法定代理人を必要とする場合があります。

【代理人記入欄】 (代理の方による申込の場合)

ふりがな						生年月日				
申請者氏名						M・T・S・H 年 月 日				
申請者の現住所・連絡先										
(〒 -)										
電話番号 - -										
代理人が申請する理由	・ 未成年者[15歳未満・15歳以上(同意:有・無)]									
	・ 被後見人									
	同意のない場合の理由									

※なお、まいこネット及び京大病院のIDは、利用者が責任をもって管理することとし、利用者の管理不十分、使用上の過誤等による損害について、京大病院は一切責任を負いません。

病院記入欄 (患者さんは記入しないでください)

病院ID確認	確認者印	まいこID確認	確認者印