**Note4U利用同意書兼利用申請書**

私は、Note4Uに関しその説明を受け、内容を理解しましたので、利用することに同意し、

　申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ふ　　り　　が　　な |  | 性　別 | 男　 ・　 女 |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 主治医 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 　　　　　（ふりがな）利用される方の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　住　所　：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以下は、利用するために必要な情報です（必須）。メールアドレス　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ログインする際　メールアドレスでログインいただくことになります。ログイン用パスワード：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※半角英数字（記号以外）8文字以上で設定ください（上限はありません）。数字とアルファベット小文字を各一文字ずつ必ず入れてください。 |