

\*は、記入必須です。

		<b>記入日</b>	西暦	年	月	日
<b>申込者氏名*</b>	(フリガナ)	<b>代理人氏名</b>	(フリガナ)			
			続柄 家族(内縁含)、後見人・保佐人、介護職員等			
<b>情報共有を限定する施設について、以下の□内いずれかにレ点を入れてください。*</b>						
<input type="checkbox"/>		情報を、以下施設に限定して共有します。				(限定)
<input type="checkbox"/>		情報を、以下施設には共有しません。				(除外)
<b>施設名*</b>		<b>種類</b> ※当てはまる方に○	<b>施設住所</b> ※可能な限りご記入ください。			
1		医療機関 ・ 介護施設				
2		医療機関 ・ 介護施設				
3		医療機関 ・ 介護施設				
4		医療機関 ・ 介護施設				
5		医療機関 ・ 介護施設				
6		医療機関 ・ 介護施設				
7		医療機関 ・ 介護施設				
8		医療機関 ・ 介護施設				
9		医療機関 ・ 介護施設				
10		医療機関 ・ 介護施設				
11		医療機関 ・ 介護施設				
12		医療機関 ・ 介護施設				
13		医療機関 ・ 介護施設				
14		医療機関 ・ 介護施設				
15		医療機関 ・ 介護施設				