様式 3

承　　諾　　書

魚沼地域医療連携ネットワーク協議会運営の「うおぬま・米ねっと」参加にあたり、次の項目において、連携の可否を報告するとともに、「連携可」とした項目については、情報を連携することを承諾いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目名称 | 連携の可否 | 備 考 |
| 処方情報 |  | 電子カルテ又はレセプトコンピュータから連携します。 |
| 臨床検査情報 |  | 臨床検査システム又は外注先検査会社のデータから連携します。 |

※「連携の可否」については、承諾する項目には「○」、承諾しない項目には「×」を記入する。

　　　　　　年　　月　　日

　魚沼地域医療連携ネットワーク協議会

　　理事長　内　　山　　　　聖　　あて

（施 設 名）

（代表者名） ㊞