承　　諾　　書

様式4

魚沼地域医療連携ネットワークでの診療情報の共有に関して、レセプトコンピュータ内の情報を利用して連携することを次のとおり承諾します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目名称 | 連携の可否 | 備 考 |
| 調剤情報 |  | レセプトコンピュ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「×」を記入してください。

　　　　　　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） ㊞