

## マイ健康レコードシステム登録申請書

私は、下記の点を確認した上、マイ健康レコードシステムへの登録を申請します。

( \* 印項目記入必須 )

1. マイ健康レコードシステムの目的
2. 登録データの利用法
3. 登録データの管理安全性
4. 登録、退会が任意であり、不登録や退会による一切の不利益を受けないこと
5. 登録者のプライバシーが最大限に尊重されること

同意日 平成 年 月 日

フリガナ

登録者氏名 \_\_\_\_\_ (直筆の場合、捺印不要)

生年月日 大・昭・平 年 月 日 性別 男 ・ 女

現住所 〒 \_\_\_\_\_

固定電話番号 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_

\* 電子メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\* 携帯メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

( \* メールアドレスはどちらか必須です。 )

代理の方の場合

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (直筆の場合、捺印不要)

現住所 〒 \_\_\_\_\_

固定電話番号 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_

電子メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

.....  
< 事務局記入欄 >

自由意志による、本システムへの登録意思が得られたことを確認します。

確認者名 \_\_\_\_\_

所属機関 \_\_\_\_\_

(必ず写しを、登録者ご本人が保管してください。)