

西暦 年 月 日

NOBORI PHR申請書 (申請・解除)

【①申請者】※申請者ご自身が記入して下さい。		
フリガナ		診察券番号
申請者氏名		
携帯電話番号 <sup>*1</sup>	-	-
生年月日	西暦	年 月 日
住 所	(〒 - )	

\*1：携帯電話番号にSMSが送信されます。届いたSMSからNOBORIの登録ができます。

私は、下記患者の診療情報を参照希望します。

【②患者】①申請者と②患者が同一の場合は、右欄の「申請者との続柄」に本人とご記入いただき、その他の欄は記入不要です。		申請者との続柄	
フリガナ		診察券番号	
患者氏名			
生年月日	西暦	年 月 日	
住 所	(〒 - )		

【参照承諾】※必ず②患者本人が記入し、窓口で本人確認書類をご提示下さい。
私は、上記申請の通り、①申請者 _____ に対して 私の私の診療情報の参照及び第三者への開示を承諾いたします。  ②患者本人 (自筆) _____

(職員記入欄)

本人確認	受付担当者	NOBORI開示日
		年 月 日