和歌山市保健所宛

【健康観察等支援事業の登録申請書】

申請日

医療機関名

対応患者リスト

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者名 | 生年月日 | 発症日・観察終了日 （保健所記入欄） |
|  |  | ／　　～　　／ |
|  |  | ／　　～　　／ |
|  |  | ／　　～　　／ |
|  |  | ／　　～　　／ |
|  |  | ／　　～　　／ |
|  |  | ／　　～　　／ |
|  |  | ／　　～　　／ |
|  |  | ／　　～　　／ |
|  |  | ／　　～　　／ |
|  |  | ／　　～　　／ |

保健所確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日　担当 | 返送日　担当 |
|  |  |

HER-SYSを利用した健康観察を実施する場合は２枚目も記入ください。

（HER-SYSを利用される場合はチェックを入れてください。）

□「情報セキュリティガイド（システム利用者編）」を一読し、理解しました。

□当院は、本事業への参加にて知り得た個人情報を事業以外の目的のために自ら利用したり、また、第三者に提供したりすることは致しません。これは、業務を行わなくなった後においても、同様です。

和歌山県和歌山市健康局健康推進部長　殿

　所在地

　医療機関名

　代表者職・氏名（自筆サイン）

　HER-SYS ID送付メールアドレス

　二段階認証に使用する電話番号

※代表者職・氏名（自筆サイン）に印鑑は不要のため、必ず自筆サインをお願いいたします。

また、メールでの送付の際は、自筆サインを確認できるように送付ください。

（例：自筆サインをした後、スキャナーで読み込む等）

～送付先～

和歌山市保健所　総務企画課

健康危機管理班　 　担当：神戸・重田

TEL：073-433-5196 ( 9:00 ~ 17:00 )

FAX：073-431-9999

E-mail　hs2@city.wakayama.lg.jp