【2026.10 版】
一般社団法人サルビアねっと協議会 行

都市型 医療介護情報連携
サルビアねっと

「サルビアねっと」住民参加申込書

私は、「サルビアねっと」住民参加規約兼個人情報取扱い規約の内容を承諾し、一般社団法人サルビアねっと協議会およびサルビアねっと参加施設において私の健康・医療・介護サービスに関する情報が共有されることを理解し、サルビアねっとへの参加を申込みます。

●申し込みは無料です。　●複数施設利用されていても、どこか１か所に提出すれば、申し込みは完了です。

＊は、記入必須です。
「申込者氏名」もしくは「代理人氏名」は自筆でのご記入をお願いします。

記入日	西暦　　年　　月　　日

申込者氏名＊	（フリガナ）	**代理人氏名**	（フリガナ） 続柄　家族(内縁含)、後見人・保佐人・介護職員等
生年月日＊	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日	**性別＊**	男　・　女 （保険証記載の性別を○で囲んでください）
住所＊	〒　　- ＿＿＿＿都・道・府・県＿＿＿＿＿市・区・郡・町＿＿＿＿＿＿＿＿		
電話番号＊			
健康保険 **被保険者　記号＊**			
健康保険 **被保険者　番号＊**			
健康保険 **保険者番号＊**			
公費	生活保護の方は右記にレ点を入れてください。		

個人情報の利用目的について個人情報取扱規約をご確認の上、以下の□内に同意する場合、レ点を入れてください。

参加登録施設との共有、及び将来連携するサルビアねっとと同種の「地域医療介護ネットワークシステム」への提供（規約第9条(1)～(3)を確認してください。）＊	□ **同意します。＊**　※本サービスに参加される場合、この項目のレ点チェックは必須です。
上記参加施設に対する包括的な同意であることを確認しました。（規約第11条を確認してください。）	□ **確認しました。**
容易に個人を識別できないよう加工し、医療政策をはじめとした行政政策の検討への活用（規約第9条(4)、同第14条２を確認してください。）	□ **同意します。**
連携する「個人健康記録　システム」への提供（規約第９条(５)を確認してください。）	□ **同意します。**

＜代理人記入時の補足＞

① 未成年の場合、親権者、保護者、未成年後見人等の代理人による署名が必須となります。
② 心身の理由により自著が困難な場合、家族（内縁含む）、保護者、後見人・保佐人、申込者本人が利用する医療・介護施設の職員等、代理人による署名にて申込が可能です。

※代理人の定義は『「サルビアねっと」住民参加規約兼個人情報取扱い規約』をご参照ください。
規約内容は左記の QR コードよりご確認いただけます。

一般社団法人サルビアねっと協議会
電話：045-900-3090（平日 9:00-17:00）
FAX：050-3173-4286