

令和 年 月 日

所 属	
職 名	
氏 名	
職員番号	

※職員番号が変更になった場合はその旨、余白にご記入ください。

患者 ID 回答票

三重大学医学部附属病院の患者 ID の所有状況について、次のあてはまる箇所にチェックをしてください。

なお、患者 ID を所有していない方及び所有の有無が分からない方は、お手数ですが下記の氏名・生年月日・住所・電話番号の記入をお願いいたします。

患者 ID を持っている

ID

--	--	--	--	--	--	--

※診察券の「登録番号」をご記入ください。

患者 ID を持っていない →下記、必要事項をご記入ください。

分からない →下記、必要事項をご記入ください。

記

カ ナ	_____					
氏 名	_____					(旧姓： _____)
生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住 所	〒 _____					
電話番号	☎ (_____) _____					

※ご提供いただいた個人情報は、患者 ID 発行以外の利用目的には一切使用しません。

【提出先】

医学・病院管理部総務課職員係

内線：4437・5708

提出期限：採用日から 15 日以内

職員係長	担当者

