



## ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット)

### HMカード再発行申請書

一般社団法人 広島県医師会  
ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット)  
代表者 松村 誠 様

HMカードの再発行を希望しますので、下記「HMカード登録内容情報」の通り、HMカードの再発行を申請します。

申請日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人署名 \_\_\_\_\_

後見人署名 \_\_\_\_\_

※本人が自署困難な場合は後見人の署名で有効とします

登録施設名 \_\_\_\_\_ 広島県医師会

#### ◇HMカード登録情報

|             |  |
|-------------|--|
| 氏 名 (カナ)    |  |
| 氏 名 (漢字) 性別 | 男 ・ 女  |
| カードデザイン     | ※HMカードのデザインを選んでください。<br><input type="checkbox"/> 通常 / <input type="checkbox"/> カーブ |
| 生 年 月 日     | 明 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日  |
| 電 話 番 号     | - -  |
| 現 住 所       | 〒 _____  |

※登録情報をご記入の上、本人確認のできる自動車運転免許証・健康保険証・パスポート等のコピー(氏名・住所がわかるようにコピーしてください)を同封の上ご返送下さい。