

医療法人 健康会 嶋田病院 様

## 個人情報に関する同意書

医療法人 健康会 嶋田病院及び、その医療従事者が、業務上知り得た私、並びに私の家族等の個人情報を、入院生活、退院後の生活を円滑にするため、その情報を提供すること及び、必要な情報を収集することに同意します。

年 月 日

(患者本人)

住 所

---

氏 名

---

(家族・保証人)

住 所

---

氏 名

---