

個人情報に関する同意書

医療法人健康会

嶋田病院 院長 殿

私、および私の家族等の個人情報を、私に関する各種申請書類、および紹介先の病院・介護施設等への診療情報提供書等に記載することに同意します。

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(患者本人)

住所 _____

氏名 _____

(家族・保証人)

住所 _____

氏名 _____