

個人情報保護に関する同意書

記

診療情報を提供してよい方

(よい方すべてにチェックをしてください)

- ご家族
- ご親類
- お勤め先関係者
- お見舞いで来院された方
- お問い合わせがあった方すべて
- その他特定の方 (お名前 続柄)

共立習志野台病院 病院長殿

平成 年 月 日

私は、上記の者に、私個人の診療情報を提供することに同意します。

本人氏名

印

住所

電話番号 ()