

【参考】

(医療機関または事業所名)
(代表者 職・氏名) 様

情報提供についての同意書

私は、入院(所)・退院(所)するにあたり、入院時情報提供書・退院時情報提供書等により、医療機関または事業所へ必要な情報を提供することに同意します。

年 月 日

(本人)

住 所 :

氏 名 :

印

(自署の場合は押印不要)

(家族等)

住 所 :

氏 名 :

印

(自署の場合は押印不要)

本人との続柄: