

個人情報に関する同意書

徳島大学病院長 殿

「患者さんにかかわる個人情報の取扱いについて」（別紙）の内容を確認しました。
同意の意思を、下記のとおりチェックし（）、署名します。

- 貴院の個人情報の利用目的の全てに同意します。
- 貴院の個人情報の利用目的のうち、下記記載事項を除き、同意します。

なお、同意しないことにより、医療サービスの提供において、
支障をきたす可能性があることについて、了承します。

【「徳島大学病院の個人情報の利用目的」（別紙）B・Cのうち、同意できない事項】

()

令和 ____年 ____月 ____日

患者 氏名（自筆） _____

代諾者氏名（自筆） _____ 続柄 _____

なお、この申し出は、後からいつでも、変更・撤回等を行うことが可能です。

受診される患者さんが携帯電話をお持ちの場合は、ご記入をお願いします。

< — — — — — >

※ 診療費や予約日などの変更がある場合に連絡させていただくので

ご協力をお願いします。

| | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 登録番号 | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|