

個人情報の取り扱いに関する同意書

私は、別紙書面により このしたクリニック の個人情報の取り扱いについての説明を受け、その内容に同意します。

西暦20 年 月 日

住所

患者氏名

印

電話番号

(代筆の場合) 代筆者住所・氏名

住所

代筆者氏名

印

(続柄)

電話番号