

個人情報利用に関する同意書

有明成仁病院長 殿

(次の①・②どちらかに○をお付けください)

- ① 私の個人情報は、利用目的の範囲内で利用して結構です。
- ② 同意できない点がありますので、個人情報の利用に際して配慮をお願いします。

※「② 同意できない」に○を付けられた方は、内容を具体的にお書きください。

令和 年 月 日

患者氏名

代理人氏名

※ご本人が署名できない時は代理人の方の署名をお願いします。