

同意書

貴事業者が、私の介護保険サービスの利用のため必要な範囲で、私の個人情報を居宅介護支援事業者等の介護サービス事業者へ提供することについて同意します。

事業所名 聖マリア病院

事業の種類 訪問診療

令和 年 月 日

同意者 住所
 氏名

(代理人) 住所
 氏名