

登録および個人情報共有に関する同意書

■同意欄

私は、「古河市 電子@連絡帳」の主旨や内容を理解した上で、私の医療や介護などに関する情報を登録し、「古河市 電子@連絡帳」の関係者間で共有することに同意します。

令和 〇年 〇月 〇日

〈本人〉

ふりがな	こが はなこ	生年月日	昭和7年 7月 7日
氏名	古河 花子		
住所	古河市駒羽根1501番地		

〈代筆者〉 ※本人が同意困難・署名できない場合

ふりがな	こが ももこ	続柄	子
氏名	古河 桃子		
住所	古河市下大野2248番地		

----- 以下は、説明者記入欄です。 -----

■説明者の氏名・施設名 記載欄

氏名 総和 太郎 施設名 ケアプランセンター〇〇

■あなたに関する情報を連携・共有する利用者です。

利用者	氏名	施設名
	総和 太郎	ケアプランセンター〇〇
	三和 一郎	〇〇病院
	渡良瀬 二郎	〇〇歯科
	利根 梅子	〇〇薬局
	栃木 さくら	〇〇訪問看護
	真室川 三郎	〇〇リハビリセンター
	大野 イトヨ	デイサービス〇〇

※利用者とは、古河市電子@連絡帳を利用する者で、市が利用許可を認めた者です。

※同意書原本は、古河市へ提出してください。

※説明者は、同意書のコピーをご本人様へお渡しください。

【 お問い合わせ先 （同意書原本提出先） 】

〒306-0221 古河市駒羽根1501番地 古河市総和福祉センター「健康の駅」
古河市役所 福祉部 福祉推進課
TEL:0280(92)5771 FAX:0280(92)7564