

登録および個人情報共有に関する同意書

■同意欄

私は、「つくばみらい市電子@連絡帳」の主旨や内容を理解したうえで、私に関する医療や介護などの情報を「つくばみらい市電子@連絡帳」に登録し、関係者間で情報共有することに同意します。

令和 年 月 日

〈本人〉

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	つくばみらい市		

〈代筆者〉 ※本人が同意困難・署名できない場合

ふりがな		続柄	
氏名			
住所			

■説明者の氏名・施設名記載欄

氏名	施設名
----	-----

※同意書原本は、つくばみらい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） 】

〒300-2395 つくばみらい市福田195 つくばみらい市 保健福祉部 介護福祉課
TEL 0297(58)2111 (代表) FAX 0297(58)5811