

第三者提供に係る同意書

年 月 日

住 所

氏 名

⑩

私は、加古川中央市民病院が取得した診療記録を、下記のとおり提供することについて同意します。

記

1 提供について同意する診療記録の内容

2 同意を受け、診療記録の提供を受ける者(第三者)

住 所

氏 名

連絡先(電話番号)

3 提供を受ける目的

(添付書類)

同意書の提出にあたっては、第三者提供について同意する者、及び同意を受ける者の本人確認のため、下記の書類のいずれかを添付してください。

- ・ 運転免許証の写し
- ・ 個人番号カード(マイナンバーカード)の写し
- ・ 旅券(パスポート)の写し
- ・ その他身分証明書の写し