

個人情報に関する同意書

私は、安心して生活を続けられるように事業の目的を理解し、医療・介護等サービス提供者間で必要な情報を共有するために、この手帳を使用することに同意します。

年 月 日

(本人)

名前 _____ 印

住所 _____

代筆 (続柄)

(家族)

名前 _____ 印

住所 _____