

(様式2)

## 個人情報取り扱いについての同意書

宮地病院

医療法人明倫会宮地病院が私及び家族、身元引受人等の個人情報を利用するにあたり、  
「個人情報の取扱いについて」の内容に関して十分に理解し、同意します。

令和          年          月          日

患者          住所

氏名

家族等          住所

氏名