

(様式2)

個人情報取り扱いについての同意書

本山リハビリテーション病院

医療法人明倫会本山リハビリテーション病院が私及び家族、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
