

## 個人情報の使用及び共有に関する同意書

私\_\_\_\_\_は、私が保健・医療・福祉・介護の諸サービスを適正に受ける目的で、私個人に関する情報及び私の家族・親族に関する情報のうち、これらの目的のために必要な事項について、私が診療を受けている又は受けようとする病院、診療所、歯科診療所並びに私が利用している又は利用しようとする居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者、介護予防地域密着型サービス事業者、介護保険施設及び社会福祉事業者並びに鏡野町保健福祉課及び鏡野町地域包括支援センターの関係者が、それらの情報を相互に提供すること並びにその情報を使用及び共有することに同意します。

平成 年 月 日

関係者 各位

【対象者(自署または記名捺印)】

住 所

氏 名 印

(生年月日: 年 月 日)

【代理人(自署または記名捺印)】

住 所

氏 名 印

(続柄: )