

個人情報取扱いに関する同意書

(鍼灸院名等)

(院長名等)

私は、診療情報などの個人情報について、個人を特定できない形での医学的な集計や、医療関連の学会・研究会への報告に利用されることに同意いたします。

年 月 日

患者住所：_____

患者氏名（自署）：_____ 印

代諾者（自署）：_____ 印（続柄：_____）