

訪問診療説明同意書及び申込書

医療生協さいたまでは、個人情報保護方針で明記した目的以外に患者様、利用者様の個人情報を利用することはありません。当診療所の個人情報利用目的をご確認頂き、ご同意の上でご記入ください。

(お名前をお書き頂いた時点でご同意を頂いたものとさせていただきます。)

医療生協さいたま 行田協立診療所歯科

訪問診療の説明

フリガナ	生年月日 明・大・昭・平
患者様氏名	年 月 日 (満 歳)
世帯主氏名	電話番号
ご住所	

私は別紙、「行田協立診療所の訪問診療について」に同意・承諾しましたので、訪問診療を申し込みます。

記入日 年 月 日

同意者氏名 続柄 印