

西東京市在宅療養後方支援病床確保事業

個人情報の取扱い同意書

西東京市が、上記事業を利用するために必要な利用者及び家族(主介護者)の個人情報について、西東京市個人情報保護条例に基づき取り扱うこと及び登録かかりつけ医、登録後方支援病院、介護支援専門員、医療・介護サービス関係者等に情報提供することに同意します。

西東京市長宛

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 _____

家族氏名 _____ 印 (続柄 _____)