

(歯科情報有り)

身元確認を目的とした歯科情報の利用についての同意書兼委任状

年 月 日

代理人 狭山美原歯科医師会

かかりつけ歯科

_____ 歯科医院

_____ 先生

(※ 市内の狭山美原歯科医師会会員の歯科医院に限ります。)

私は、大阪狭山市高齢者SOSネットワーク事業実施要綱の規定に基づき、当該事業の関係機関に個人情報（歯科情報を含む）を提供し、身元確認のため利用することについて同意します。また、歯科情報を近畿大学病院歯科口腔外科に提供することについて上記のものに委任します。

対象者 氏名 _____

住所 _____

生年月日 _____

電話 _____

委任者 氏名 _____ (続柄 _____)

住所 _____

電話 _____