

(歯科情報無し)

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情報取得依頼書

年 月 日

(あて先) 狭山美原歯科医師会

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、行方不明時の身元確認のため歯科情報を取得することを希望します。また、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、身元確認に利用することについて同意します。

対象者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

同意者 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

同伴者 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_