

様式第11号（第17条関係）

身元確認を目的とした歯科情報の提供及び利用についての承諾書

年 月 日

（あて先）大阪狭山市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

大阪狭山市高齢者SOSネットワーク事業実施要綱第7条第1項及び第17条の規定に基づき、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、利用することについて同意します。

事前登録者情報

氏 名	
生年月日	

かかりつけ歯科情報 （※ 市内の狭山美原歯科医師会会員の歯科医院に限ります。）

歯科医院名	
住 所	

同意者 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）