

シズケア＊かけはし同意書

私(対象者本人)は、シズケア＊かけはし(静岡県地域包括ケア情報システム)の説明を受け、目的と安全性等を理解しました。シズケア＊かけはし において、私の個人情報等を担当施設で共有し医療・介護・福祉サービスの提供や救急搬送時等に活用いただくことを同意します。

<対象者または代理人記入欄> ＊は必ずご記入ください

*記入日：令和 年 月 日

*住所：(〒 -)

(対象者)

*ふりがな：

*氏名：

(代理人)

氏名： (続柄)

(連絡先) 対象者の連絡先、もしくは代理人の連絡先をご記入ください。

*TEL： () 携帯電話： ()

FAX： () E-Mail：

<緊急連絡先記入欄> ＊は必ずご記入ください

*氏名： *本人との関係

*TEL： () 携帯電話： ()

<施設記入欄>

説明担当者 施設名：

氏名：