

医療文書郵送に関する同意書

J A静岡厚生連静岡厚生病院長 殿

私は、J A静岡厚生連 静岡厚生病院 に医療文書の郵送を依頼するにあたり、下記「2.」の内容について同意・了承します。

記

1. 依頼文書

- ・診療情報提供書
- ・保険関連文書
- ・傷病手当文書
- ・その他 ()

2. 注意事項

- 郵送を希望される場合は、当同意書及び返信用封筒（84円切手を貼り返信先住所を記載したもの）を同封願います。
- 万が一、郵送等に伴う書類紛失が生じた場合の責任は、郵送を希望した側が負うものとします。
- 万が一、郵送先(返信先)が間違って記載された場合は、文書の内容が第3者に漏れ、個人情報の流出となる恐れがあります。

同意年月日： 年 月 日

本人署名： _____ 印

代諾者署名： _____ 印
(続柄： _____)

送付先住所： _____

以 上