

# 診療申込書（同意書）

ご記入日 年 月 日

相川みんなの診療所殿 ID

私は下記個人情報の提供に同意しますので適切に管理してください  
下記個人情報の変更・閲覧がいつでも可能なようにしてください

フリガナ		性別	生年月日
本人の氏名		男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日
本人の住所	〒	電話番号 ( )	携帯番号
緊急連絡先	連絡先（氏名）  (続柄)	電話番号	携帯番号

\*本人確認・医療費請求のため保険証のコピーを取らせていただけますか

はい

いいえ

\*緊急連絡先の方は、あなたが電話番号などを提供することに同意されていますか

はい

いいえ

⇒ いいえの方は責任をもって後日同意を得てください

★ 代理人の方が申し込み用紙に記入された場合は下記もご記入ください

フリガナ		続柄
代理人の 氏名		代理人の電話番号
代理人の 住所	〒	代理人の携帯番号

\*住所・氏名・電話番号・緊急連絡先など変更があった場合はお知らせください

相川みんなの診療所