

様

## 個人情報の第三者提供に関する同意書

私は、貴院が取得した私に関する情報を第三者に提供することについて、下記のとおり同意します。

### 記

1. 情報を提供する第三者
  - ・保健センター（管轄保健所）
2. 提供する個人情報
  - ・氏名、年齢、住所、連絡先
  - ・行動記録
  - ・症状及び治療状況
3. 第三者における利用目的
  - ・新型コロナウイルス感染症確認のため
  - ・新型コロナウイルス感染症拡大の拡大・二次感染防止のため

以上

年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 印

相川みんなの診療所