

(別紙2)

## 面接相談の同意書

所属 \_\_\_\_\_

職名 \_\_\_\_\_

管理職氏名 \_\_\_\_\_ 様

私は、現在治療中の病気の診断、治療内容等、一切の情報について、貴職が主治医より、情報提供されることに同意します。

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

職員氏名 \_\_\_\_\_ 印