

(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