

情報提供依頼にかかる同意書

平成 年 月 日

医療法人悠仁会 稲田クリニック

稲田 泰之 院長殿

氏名（自署）_____

生年月日 _____ 年 月 日

私は下記の情報提供申請者に対し、私自身の病気治療に関する情報
および意見を開示・提供することに同意いたします。

情報提供申請者

- 産業医のみ
- 産業医および産業保健スタッフ
- 産業医および復職支援に係る社内担当者
- その他（ _____ ）

事業所名 _____

連絡先電話番号 _____