情 報 共 有 同 意 書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 御中 |

私の医療・介護に必要な情報を「認知症情報提供シート」により連携する

下記の医療機関・介護事業所との間で共有することに同意いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関 |  |
| 介護事業所 |  |

令和 年 月 日

住 所：

氏 名：

代理人：

（続柄： ）

代理人ＴＥＬ：