

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：
