

情報提供依頼にかかる同意書

令和 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
