

(複写式)

## 同意書

私は、本ノートに記載及びファイリングされている個人情報  
を、医療機関・介護サービス事業所などへ情報提供することに  
同意します。

この手帳は、家族もしくは介護者に責任を持って保管させま  
す。

平成      年      月      日

氏            名 \_\_\_\_\_

住            所 \_\_\_\_\_

署名代行者名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

上記に同意し、家族（介護者）で責任を持って保管します。

家族等氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_