（様式第0号）

|  |
| --- |
| **健康手帳についての説明ならびに承諾・申込書**  　今後、多施設において、保健・福祉・医療サービスを受けることが予想されます。それに際しまして、本手帳の利用目的および記入方法等についての説明を受け、了解をしましたので、その実施を承諾いたします。  　　年　　月　　日  利用者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　）  住　所　　：  生年月日　：　M・T・S　　　年　　　月　　　日（　 　　歳 ）  代理人氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）  説明者：施設名　　　　　　　　　　氏名；  　この療養手帳は、保健・福祉・医療サービスを円滑に利用していただくための情報を交換するためのものです。  　関係者以外に公表するようなことは絶対にありませんが、記入したくない、記入してもらいたくない事柄については、各担当にお気軽にお申し出ください。  **守山野洲医師会** |