地域医療介護ネットワークへの情報提供についての承諾書

厚生労働省の指導により　地域医療における安心・安全な健康・医療・介護サービスの提供を目指して各地域で医療介護連携ネットワークが立ち上がって来ています。そこで、各地域の医療介護連携ネットワークより治療に係る情報提供依頼があった場合に、当社にてお預かりしております薬や服薬についての情報を提供することをご承諾いただける方には下記の署名をお願いします。

署名年月日　　平成　　年　　月　　日

署名

（代理人の場合　　代理人指名　　続柄　　）

特定の施設に対して、情報を提供しないように希望する場合は施設名の記入をお願いします。

※ 特定の診療科、職種を指定することはできません。

※ 特定の薬のみを除外することはできません。

サン薬局　　店