

情報提供同意書

平成 年 月 日

大北圏域介護保険事業者連絡協議会
介護保険施設部会長 殿

住 所

氏 名

印

代理人住所

代理人氏名

印

私_____は、この度、貴施設へ入所を申し込むに当たり、私の受給者情報（下記1参照）を各施設の入所判定委員会の判定資料として提供すること及び、介護保険施設部会（下記2参照）間で必要と認める場合に、守秘義務を前提に閲覧することに同意します。

記

1. 被保険者の受給者情報（拒否される場合はチェックしてください）

北アルプス広域連合長に提出する

「介護保険受給者情報提供承諾書」と同じ内容

2. 介護保険施設（拒否される場合はチェックしてください）

<input type="checkbox"/> 特養 白嶺	<input type="checkbox"/> 特養 ライフ松川
<input type="checkbox"/> 特養 カトレヤ	<input type="checkbox"/> 老健 白馬メディア
<input type="checkbox"/> 特養 高瀬荘	<input type="checkbox"/> 老健 虹の家
<input type="checkbox"/> 特養 ライフ	<input type="checkbox"/> 老健 孝松館
<input type="checkbox"/> 特養 銀松苑	<input type="checkbox"/> 老健 ライフ2