

糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム参加同意書

令和 年 月 日

市長 様
(各市の市長)

私は、「糖尿病性腎症重症化予防保健指導プログラム」への参加について同意します。また、プログラム参加に必要な検査データや面談等で話した個人的な情報などを、かかりつけの医療機関と情報共有することについても同意します。

氏名

※氏名は必ず自署をお願いします

〒 -

住所

電話番号

※普段連絡のつく番号を記入ください

○かかりつけ医を記入してください

医療機関

主治医名

○初回面談の実施について、以下のとおり希望します。

・実施時間について（1時間程度かかります。可能な時間帯に○してください）

平日	
午前	午後

- ・事前に電話で日程調整をします
- ・希望の時間帯に実施できないことがございます。ご了承ください。

※この事業の検査結果等の個人情報は、特定の個人を識別されることがない方法で、事業の評価や統計・調査研究をするときに限り、使用する場合がありますことをご了承ください。その場合も、第三者に同目的以外で情報提供・開示することは一切ありません。また、事業参加後、このことに同意できなくなった場合はご連絡ください。