

(様式3)

糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書

越前市長 様
医療機関の長 様

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性のほか、以下の内容に関して説明を受け、糖尿病性腎症重症化予防

プログラムに参加することに同意します。

プログラム参加にあたり、その実施のために必要な私の個人情報（医療情報、健診情報、生活習慣・食事習慣に関する情報等）について、かかりつけ医及びその医療機関並びに越前市間において相互に情報提供されることに同意します。

また、このプログラム実施のために必要な情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

連絡先
