

(様式5)

同 意 書

医療機関名：

当科(院)に受診した患者様の口腔内写真、エックス線写真、及び各種検査内容は、初診時と経過、現在の状態などを比較検討する上で大変重要な資料です。また、今後の治療の向上のため、一般社団法人日本臨床歯科CAD/CAM学会の専修医、専門医、指導医取得・更新の資料として学会等に報告する場合があります。個人情報の守秘義務を遵守し、上記の目的以外には使用しませんので、予めご了承下さい。

上記内容について同意頂ける場合、サインをお願いいたします。

西 暦 年 月 日

上記内容について担当者_____から十分説明を受け、
理解のうえ同意致しました。

患者氏名

印

(保護者氏名)

住 所

※本紙は同意書の例文です。条件を満たした同意書であれば所定の用紙である必要はありませんが
同意書は必ず保存をお願い致します。