

フォーネスビジュアルス検査利用に関する同意のお願い（兼同意書）

この度はフォーネスビジュアルス検査（以下「本検査」）をご利用いただき有難うございます。
本検査のご利用にあたり、別途ご提示します以下の書類をあらかじめよくお読みください。

- ・フォーネスビジュアルス検査に関するご留意事項
- ・フォーネスビジュアルス検査 個人情報の取扱いについて

これらの書類の内容にご同意いただけましたら、以下ご署名をお願いいたします。

■お問い合わせ・ご相談対応窓口

病院・診療所名：医療法人社団保健会 谷津保健病院
住所：千葉県習志野市谷津4丁目6番16号
取扱責任者：検査科 科長 浅野 礼江
窓口名：検査科
連絡先：047-451-6000

- ※ 本同意書をご提出いただけない場合、本検査をご利用できません。
- ※ 本同意書および上記書類については医療機関にて保管されます。
- ※ 本同意書は、本検査の提供元であるフォーネスライフ株式会社に提供される場合があります。

谷津保健病院宛

ご本人同意欄

（上記の各書類の内容にご同意いただけましたら、ご署名をお願いいたします。）

本検査の利用にあたり、「フォーネスビジュアルス検査に関するご留意事項」「フォーネスビジュアルス検査 個人情報の取扱いについて」の内容について同意します。

ご記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所：〒 _____

ご署名： _____

フォーネスビジュアルス ID： _____

（過去に本検査を受診した方のみ記入してください。）

(以下余白)