

# 同意書

私は、歯科衛生士バンクに登録した情報（氏名、住所、電話番号、生年月日）について、道立保健所において利用することを条件に、北海道保健医療福祉情報システムに提供することに同意します。

\*提供できる事項に○をつけて下さい。

( ) 氏 名

( ) 住 所

( ) 電話番号

( ) 生年月日

令和 年 月 日

北海道 保健所長 様

氏名

印