

同意書

〇〇株式会社

代表取締役 〇〇 殿

私は、貴社が下記の情報提供者から、病気治療に関する情報を取得することについて、同意します。

また、かかる情報の利用目的については、下記のとおり説明を受けたことを確認します。

記

1 情報提供者

〇〇病院 主治医 〇〇〇〇

所在地

電話番号

2 利用目的

- ・健康管理、教育訓練、その他会社の諸規則を実施するため
- ・人事考課、人事異動、休職等の適切な人事措置を行うため
- ・社会保険の手続、福利厚生、その他法律上必要とされる諸手続きのため

以上

平成 年 月 日

住所

氏名

印