

Robert S. Haring DDS, MS, Inc
個人情報保護に関する通知受取り確認
この確認書の署名は拒否することができます

私、 _____ は、個人情報保護に関する通知を、上記歯科医院から受取りました。

ご氏名（楷書にてご記入ください） _____

ご署名： _____

日付： _____

院内使用のみ

当院の個人情報保護に関する通知を患者様が受理したことを書面により確認しようとしたが、確認書は以下の理由で入手できませんでした。

- 署名が拒否された
 - 言語上の問題で確認書を入手できなかった
 - 緊急事態により確認書を入手できなかった
 - その他（内容を記述すること） _____
-
-
-