

# 同意書

日の出町長 様

日の出町が実施する日帰り人間ドック検診について、受診要件の該当性等を審査するため、日の出町が必要とする個人情報（居住、税情報等を含む）などの確認を行うこと、またその情報を本制度事務で取り扱うことに同意します。

また、各種がん検診を重複受診した場合については、重複分は自己負担となることを了承いたします。

年 月 日

平井

住 所 日の出町大字

番地

大久野

氏 名 \_\_\_\_\_