



Haring
PEDIATRIC DENTAL

HARINGPEDIATRICDENTAL.COM
FACEBOOK.COM/HARINGPEDIATRICDENTAL

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） _____

© 2002 American Dental Association, All Rights Reserved

この書式の複製および使用は、許可された歯科医およびスタッフに限定されます。他の者によるこの書式のいかなる使用、複製、あるいは配布も、米国歯科医師会（American Dental Association）の事前の書面による許可が必要です。

本書式は教育のためだけであり、法律上の助言にはなりません。また州法ではなく米国連邦法のみを適用しています（2002年8月14日）。