

本資料原本系日语，日语原本为有效正本。请将所有必须填写的事项填写在正本上。
本翻译仅为帮助理解正本内容参考使用，因对照翻译引发的问题，本院不负任何相关责任。

不孕不育治疗夫妻间个人信息相互公开的同意书

医疗法人 OAK 会
理事长先生

在此郑重声明，我们夫妻(包括事实婚姻)为如下所示本次接受不孕不育治疗的夫妻双方。

同时，我们在理解贵院关于个人信息有关规定的基礎上，同意医疗法人 OAK 会在必要的情况下，把诊疗、治疗中持有的全部个人信息在如下所示的夫妻双方间相互公开。公开期限从夫妻(包括事实婚姻)首次来院至其中任何一方提交《不孕不育治疗夫妻间个人信息相互公开同意撤回书》为终结。

妻子 公历 年 月 日

邮编: 地址: _____

片假名或英文拼写(护照上记载的)

姓名(本人签名): _____ 盖章

诊疗卡号: _____

丈夫 公历 年 月 日

邮编: 地址: _____

片假名或英文拼写(护照上记载的)

姓名(本人签名): _____ 盖章

诊疗卡号: _____

没有诊疗卡号的患者请填写以下内容:

出生年月: 年 月 日

联系电话: _____

以上

受理章

受理日: 公历 年 月 日 时 分