

送迎利用の同意書

医療法人社団三思会 ひかりクリニック
院長 土田 晃 靖 殿

私は、透析治療を受けるに当たり、自己通院が極めて困難な事により、ひかりクリニック運行の送迎をお願い致します。
また、送迎をお願いするに当たり、下記の項目につき説明を受けました。

記

1. この送迎は、ひかりクリニックの好意によるものであること。
2. この送迎は、ひかりクリニックで透析治療を行っているすべての患者対象ではないこと。
3. この送迎は、私にとってひかりクリニックからの「特別措置」であり、私が特別措置を受けられる条件を満たしていること。
4. 送迎は、「自動車」で行うものであり、不慮の事故等も考えられるが、その事故が故意でない限り、特に異議申し立ては一切行わないこと。
5. 送迎時間等の約束事を守ります。万が一約束を破るような事があった場合には、この特別措置を受けられなくなること。
6. 個人情報にあたる、氏名・住所・電話番号、等を患者様に公表します。それによる不利益に対し特に異議申し立ては一切行わないこと。

上記の項目に同意した上で、自動車での送迎をお願い致します。

令和 年 月 日

【患者】

住 所		
氏 名	(印)	
連 絡 先	自宅	
	携帯	

【保証人】

住 所		
氏 名	(印)	
連 絡 先	自宅	
	携帯	

院 長	事務長	送迎	送迎	送迎	担 当