

# 【同意書】

岡山県歯科医師会

家族の絆プロジェクト委員会 殿

私は、下記の事項に同意します。

1. 歯の記録をとり、データとして保存すること。
2. データは災害時における身元確認の目的でのみ使用すること。

平成 年 月 日

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

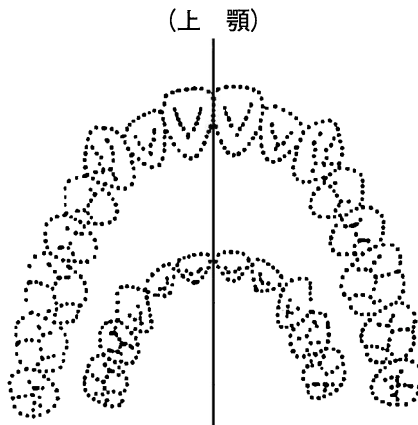
住所 \_\_\_\_\_

生年月日 (平・昭・大) \_\_\_\_\_ 年 月 日生

電話 \_\_\_\_\_

## 【チャート用紙】

1		A	
2		B	
3		C	
4		D	
5		E	
6			
7			
8			

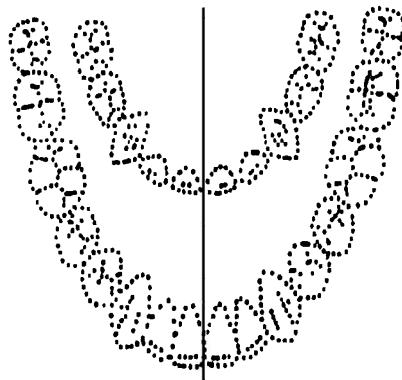


A		1	
B		2	
C		3	
D		4	
E		5	
		6	
		7	
		8	

(右側)

(左側)

8			
7			
6			
5		E	
4		D	
3		C	
2		B	
1		A	



8			
7			
6			
E		5	
D		4	
C		3	
B		2	
A		1	

歯科医師名 \_\_\_\_\_