年　　月　　日

同　　意　　書

横須賀市救急医療センター　御中

※受診者氏名

年　　月　　日受診した、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に関する医療情報について、

受取人氏名

貴院が＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿へ貸出または、提供することに同意致します。

- ご本人様以外の方が来所される場合、同意書が必要になります。
  受け取りに来所される方の公的な身分証・文書料と合わせてお持ち下さい。

※受診者氏名

印

生 年 月 日

年　　月　　日

住　　所

電　　話