

年 月 日

同 意 書

横須賀市救急医療センター 御中

平成 年 月 日受診した、^{※1} _____ に関する医療情報について、
貴院が下記事項を _____ へ貸出または、提供することに同意致します。

※1
受診者氏名

印

生年月日

M・T

S・H

・

・

住 所

電 話