

## 同意書

私は、相談支援機関でお話した内容を「はまなすサポート連絡シート」によって

はまなすサポートセンター（いわて被害者支援センター）

（ ）警察署

に提供することに同意します。

私は、「医療費の公費負担に関する説明書」の対象者であることを確認し、個人情報の提供に同意します。

年 月 日

氏名（自署）

親権者等

【法定代理人】 続柄 氏名

（本人が未成年者等で、親権者等の同意を取れる場合）

※ 該当する□をレ印でチェックしてください。