

同 意 書

私は、

\_\_\_\_\_(医療機関名)\_\_\_\_\_で

お伝えした自分の氏名、生年月日及び電話番号が、  
はまなすサポートセンター（いわて被害者支援センター）に提供されることについて  
同意します。

また、院外の保険薬局で薬を受け取る場合には、  
当院の処方せんを受け付けた薬局から、  
はまなすサポートセンターに提供されることについても同意します。

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)