

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。

なお、県による「医療費の公費負担」を受けた後、加害者又はその関係者から医療
費の支払いを受けた場合は遅滞なくはまなすサポートセンターに申し出ることとし、
県の求償に応じることについて同意します。

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）