

個人情報使用同意書

作成日：令和 年 月 日

傷 病 者 情 報	(ふりがな) 氏名		性別	
	生年月日		年齢	
	住所 (電話番号)	〒 TEL: (携帯:)		
	かかりつけ医療機関		診療科目・主治医	
	搬送先医療機関		診療科目・主治医	
	病名 (症状)			
	緊急連絡先	〒 TEL: (携帯:) 住所 (フリガナ) 氏名 (続柄:)		
	現在の状況 (特記事項等)			

四国中央市消防本部 消防長 様

上記の個人情報及び情報提供について、病状の急変等の緊急対応時に使用すること及び関係機関と情報を共有することに同意いたします。

(児)

住所 :

氏名 :

(保護者)

住所 :

氏名 :

続柄 :

印