

検査画像・報告書 Web 配信同意書

提示先機関

検査年月日

平成 年 月 日

検査部位

今回の検査画像を上記機関に画像提示する事に同意する。

平成 年 月 日

住 所

生年月日

氏 名

印

※なお、提示を中止したい場合はいつでも中止出来るものとする。
その際は、電話連絡等にてその旨を伝えるものとする。

医療法人 DIC 宇都宮セントラルクリニック
栃木県宇都宮市屋板町 561-3
028-657-7300 (代)