

放射線検査画像提供同意書

長浜市立湖北病院長 様

私は、平成 年 月 日から平成 年 月 日の間に貴院で撮影した放射線検査の画像が、
_____に提供され、当該医療機関に保管されることに同意します。

平成 年 月 日

住所

氏名(自署)

代筆者(続柄)