

ぱすてるひろばへ参加される方へ

かかりつけ医への情報提供同意確認書

静岡市では、ぱすてるひろばへの参加終了後、保護者様が『かかりつけ医』にご相談しやすくなることを目的に、保護者様の同意の上、参加時のお子様のご様子を『かかりつけ医』に情報提供させていただきます。

つきましては、『かかりつけ医』への情報提供に同意についてご記入ください。

【かかりつけ医への情報提供について】

同意する

同意しない



【情報提供先かかりつけ医】

病院名

医師名（※総合病院の場合は、必ずご記入ください）

病院住所

年 月 日

お子さまのお名前

保護者名

ご住所