様式第１号

臓器提供に係る児童虐待等情報提供依頼書

年　　　月　　　日

　（宛先）岡崎市長

（臓器提供施設）

医療機関名

職　　氏名

（※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。）

　以下のとおり、岡崎市臓器提供に係る児童虐待等の個人情報提供に関する指針第６による個人情報の提供を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童 | 氏名・性別 | | 生年月日 | 住　　所 |
| (カナ) | 男  女 | H  R |  |
|  |

【担当】

所　　属

氏　　名

電　　話

ファクス