

検 診 録 使 用 承 諾 書

私は、公害健康被害の補償等に関する法律にもとづき認定申請の手続きを行った際、または、平成 7 年の政治解決の際に、神経内科等の診断を受けています。

したがいまして、今回の給付の申請資料として、県で保存されている過去の神経内科等の検診録を使用することについて承諾します。

平成 年 月 日

申請者

住 所

氏 名

印

電話[()]

(代理で記入された場合のみ記載してください)

住 所

氏 名

印

本人との関係

熊本
鹿児島 県知事 様
新潟

※検診録の使用をご承諾いただいた方については、県が指定する医療機関の医師による診断は行いません。

※既存の検診録を使用せず、改めて県が指定する医療機関の医師による診断を希望される場合は、「診断申込書」【様式 4 - 1 号】を提出してください。