様式第３号（第１－５関係）

病 状 等 聴 取 同 意 書

宮崎県公安委員会　殿

住　所

職　業

氏　名

生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

私は、　　により、　　年　　月　　日から

病院において治療を受けていますが、

私の詳しい病状を、主治医の先生にお尋ねされることについて、同意いたします。

年　　月　　日