

同意書

私は、

<申請者氏名> _____ (<患者本人との関係> _____)

<住所> _____

<電話番号> (_____) - (_____) - (_____)

に対して、私の診療情報が提供されることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人 住所 _____

氏名 _____ ④

大正・昭和

生年月日 _____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

(注) 同意書のほかに患者様と申請者との関係を証明するものの提出を求めることがあります。