

開 示 同 意 書

社会医療法人蘇西厚生会 まつなみ健康増進クリニック 様

年 月 日

下記の者に、貴院が保管している私に関する診療録等を、定めに基づき開示することに同意します。

〒
(患 者) 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

記

(法定代理人)

住 所
氏 名 ⑩
間 柄 (患者 (私) からみて)

住 所
氏 名 ⑩
間 柄 (患者 (私) からみて)

住 所
氏 名 ⑩
間 柄 (患者 (私) からみて)