

開 示 同 意 書

松波総合病院・まつなみ健康増進クリニック
病院長・クリニック長 殿

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、定めにに基づき開示することに同意します。

（患 者） 住 所
氏 名
電話番号

記

（法定代理人）

住 所
氏 名
間 柄（患者（私） からみて）

住 所
氏 名
間 柄（患者（私） からみて）

住 所
氏 名
間 柄（患者（私） からみて）

住 所
氏 名
間 柄（患者（私） からみて）