

診療録等開示同意書

ユニタ医療法人 ユニタクリニック

院長 野田 武志 殿

西暦 年 月 日

下記の者（法定代理人）に、貴院の患者である私（患者）に関する診療録等を開示することに同意します。

【患者】

住所 〒 _____

生年月日 西暦 年 月 日 _____

氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____

【法定代理人】

住所 〒 _____

生年月日 西暦 年 月 日 _____

氏名 _____ 印 _____

委任者（患者）との関係または続柄 _____

電話番号 _____