

同 意 書

さいたま赤十字病院

院長 安藤 昭彦 殿

私 患者さん本人の氏名 は、請求される方の氏名（続柄：_____）に対し、
貴院が保有する私に関する診療記録を開示（閲覧・謄写の交付）される
ことに同意いたします。

こちらをご記入ください

年 月 日

住所

氏名

生年月日

誠にお手数ですが、本紙については、
患者さん本人によるご記入をお願いいたします。