

同意書

さいたま赤十字病院

院長 清田 和也 様

私 _____ は、 _____ (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。

年 月 日

住所

氏名

生年月日

年 月 日

同 意 書

さいたま赤十字病院

院長 清田 和也 様

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。

こちらもご記入ください

住所

年 月 日

氏名

生年月日

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。