

# 同意書

さいたま赤十字病院

院長 清田 和也 様

下記の者の親権者である は、 に対し、  
貴院が保有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。

## 記

患者氏名

生年月日

年 月 日

(親権者)

住 所

氏 名

続 柄

生年月日

年 月 日

(親権者)

住 所

氏 名

続 柄

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

下記の者の親権者である **親権者の氏名** は、**請求される方の氏名等** に対し、貴院が保有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。

### 記

患者氏名

生年月日

**開示請求の対象となる患者様について  
ご記入ください。**

年 月 日

**共同親権者のご署名を  
お願いいたします。**

(親権者)

住所

氏名

続柄

生年月日

年 月 日

(親権者)

住所

氏名

続柄

生年月日

年 月 日