

## 開 示 同 意 書

道北勤医協一条通病院 院長殿

貴院が保管している（患者氏名）\_\_\_\_\_ に関する  
診療録等を本人に開示することに、親権者として同意します。

年 月 日

親権者（自署）\_\_\_\_\_ ④

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_