

開 示 同 意 書

道北勤医協一条通病院 院長殿

私は、貴院が保管している（患者氏名）_____

に関する診療録等を下記の者に開示することに同意します。

年 月 日

同意者（自署）_____

住 所 _____

電話番号 _____

（法定代理人）

住 所 _____

氏 名 _____

患者との続柄 _____