

(様式2)

## 同意書

私は、下記代理人が私に関する診療録等の診療情報の提供を申請し、説明を受ける等の行為について同意します。

### 代理人

氏 名

住 所

電 話 番 号

本人との関係

年 月 日

### 患者本人 (ご自分がお書きください)

氏 名

印

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生

住 所

電 話 番 号