

同意書

獨協医科大学病院
病院長 殿

記入日 _____ 年 月 日

氏名(自署) _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

私は、貴院が (患者氏名) _____ に関する診療記録を
(開示先) _____ へ開示することに同意します。

※押印には実印を使用してください。